



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur
DEGRE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER
ADRESSE : Rufisque Ouest

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : NGOM Prénom : Ababacar Laba Nationalité : Sénégalaise Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : 21/11/1992 à : Diourbel Lieu et date de l'examen médical : 05 juillet 2021 à AMS Adresse : Ru fisque Ouest, cité' colgate palmolive villa n°30 Téléphone : 77-589 46-52 email : ababacarlabanpm@gmail.com Profession/activité : Commercial Situation de famille : Célibataire sans enfant	Activité(s) pratiques : Activités antérieures :
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence ferroviaire ? OUI NON

Si OUI : Date : ___/___/___ Lieu : _____ Nom du médecin : _____

Vous avez été déclaré : Apte Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

	OUI	NON
1		X
2		X
3		X
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X
13	X	X

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14		X
15		X
16		X
17		X
18		X
19		X
20		X
21		X
22		X
23		X
Pour les candidates :		
24		X
25		X

Déclaration du personnel ferroviaire : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'autorité ferroviaire civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.
 Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire

05/07/2021

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : **NGOM** Prénoms : **Ababacar Laba** Date de naissance **21 Novembre 1992**
(JJ/MM/AAAA):
Lieu de naissance : **Diourbel**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 198 cm	(203) Poids 103 kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 110	Diastolique 81	Pulsations 61	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	Anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Jeune de 23 ans, étudiant de Commerce, Célibataire - SE, non fumeur, Alcool=0, Sport +, Poids=0, Polémique par la recherche d'origine et de revenu avec visée de Cameroun.

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (235)Analyse d'urine Normale anormale

f = 36°5

Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	<i>0/10</i>	Corrigée à
Œil gauche sans correction	<i>0/10</i>	Corrigée à
Vision binoculaire, sans correction	<i>0/10</i>	Corrigée à

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Normal
		<i>0/10</i>	<i>01/11/21</i>	<i>0</i>
(238) ECG				<i>0</i>
(239) Audiogramme				



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire		Sans correction		Avec correction		
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non	
Œil droit		<i>10/10</i>				
Œil gauche		<i>10/10</i>				
Vison binoculaire		<i>10/10</i>				
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non	
Œil droit		<i>10/10</i>				
Œil gauche		<i>10/10</i>				
Vison binoculaire		<i>10/10</i>				
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact				
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Type :		Type :				
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter		
(231) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>				
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA				
Nombre de tables présentées <i>10</i>		Nombre d'erreurs <i>0</i>				
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé						
		Oreille droite	Oreille gauche			
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						
(236) Fonction respiratoire						
Biologie	<i>Hémoglobine: 14,5 g/l</i>		<i>-Glycémie: 89 mg/l</i>			
(248) commentaires, limitations :						
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé						

(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				
(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale et sa proposition d'aptitude				
Avis :		Nom : <i>Dr François Charles NDIAYE</i> <i>Médecin Dakar</i>		
<i>Ante</i>		Signature : <i>[Signature]</i>		
(247 bis) Décision du médecin agréé				
<input checked="" type="checkbox"/> APTE pour le degré :				
<input type="checkbox"/> INAPTE pour le degré :				
<input type="checkbox"/> Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :				
Le destinataire :				
Le motif :				
Renvoi/Concertation				
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.				
Décision n° Du				
Libellé :				
Champ d'application du certificat	Degré 1	Degré 2	Degré 3	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	