

| | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------------|
|  Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie | FORMULAIRE | SN-SEC-MED-FORM-01-A | |
| | EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE | Date d'application : 10/09/2018 | Page 1 sur 1 |

TYPE DE PERSONNEL : Pilote
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : Air Senegal SA.
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|---|--|
| Nom : <u>BA</u> Prénom : <u>Ousmane</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>09/12/1968</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 12/03/2024</u> Adresse : <u>98/s Scat Urban Maristes</u> Téléphone : <u>77 520 9146</u> email : <u>ousness@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Pilote de ligne.</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u> | Activité(s) pratiques <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>9400</u> |
|---|--|

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

Si OUI : Date : 24/08/2023 Lieu : Nom du médecin : CORREA.

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 »

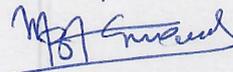
| | OUI | NON |
|----|-----|-------------------------------------|
| 1 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 | | <input checked="" type="checkbox"/> |

| Répondez aux questions suivantes : | | OUI | NON |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 14 | Troubles du sommeil | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16 | Avez-vous eu un accident dans le passé ? | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17 | Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18 | Etes-vous un consommateur de tabac ? | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19 | Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20 | Faites-vous usage de drogues illicites ? | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21 | Consommez-vous de l'alcool ? | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22 | Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 23 | Avez-vous été réformé ou exempté de service national ? | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pour les candidates : | | | |
| 24 | Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ? | | |
| 25 | Autres | | |

Déclaration du personnel aéronautique : 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'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur.

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

12/03/2024


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



Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date d'application : 10/06/2017

Page 1 sur 2

NOM : BA Prénoms : Ousmane Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 09/12/1968 Lieu de naissance : Dakar

| | | | | | | | | |
|---|------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------------|--|---|----------------------|--|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 170 cm | (203) Poids 70 kg | (204) Yeux couleur Noir | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | Systolique 132 | Diastolique 90 | | |
| | | | | | Pulsations 74 | 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 | ✓ | | (218) Abdomen, hernie, foie, rate | ✓ | |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents | ✓ | | (219) Anus, rectum (si nécessaire) | | |
| (210) Nez, sinus | ✓ | | (220) système génito-urinaire | ✓ | |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | ✓ | | (221) Système endocrinien, thyroïde | ✓ | |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | ✓ | | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations | ✓ | |
| (213) Yeux - pupilles | ✓ | | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | ✓ | |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus | ✓ | | (224) Examen neurologique- réflexes etc | ✓ | |
| (215) Poumons, thorax, seins | ✓ | | (225) Psychiatrie | ✓ | |
| (216) Cœur | ✓ | | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique | ✓ | |
| (217) Système vasculaire | ✓ | | (227) Etat général | ✓ | |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
 Em = ODP en l'air A320 Air Sénégal SA. Diversité 2 écrit - 55 ans
 Tabac = 0
 Alcool = 0
 Sport = 0
 Lpm = 0
 HT = 0

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale ✓ anormale □

| | | | | |
|-------------------------------------|------------------|-----|-----------------|-----|
| (229) (de loin à 5m/6m en dixième) | Lunettes/Contact | | | |
| Œil droit sans correction | Corrigée à | 10 | | |
| Œil gauche sans correction | Corrigée à | 10 | | |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à | 10 | | |
| (230) Vision intermédiaire | Sans correction | | Avec correction | |
| N14 lu à 100cm | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | | | ✓ | |
| Œil gauche | | | ✓ | |
| Vision binoculaire | | | ✓ | |

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------|-------------|------------|---------|----------|
| Glucose | Protéines | Sang | Autres | | |
| 0 | 0 | 0 | | | |
| Rapport annexés | | Non réalisé | Date | Nor mal | Anor mal |
| (238) ECG | | | 12-03 2014 | ✓ | |
| (239) Audiogramme | | | | | |
| (240) Examen Ophtalmologique | | | | | |
| (241) Examen ORL | | | | | |
| (242) Lipides sanguins | | | | | |
| (243) Fonctions respiratoires | | | | | |
| (320) Tonométrie G : | | | | | |



Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

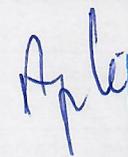
Date d'application : 10/06/2017

Page 2 sur 2

| | | | | | |
|--|-----|-----------------|---|-------------------------------------|-----|
| (231) de près | | Sans correction | | Avec correction | |
| N5 lu à 30 – 50cm | | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Œil gauche | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Vison binoculaire | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| (232) Lunettes | | | (233) Lentilles de contact | | |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| Type : | | | Type : | | |
| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| D : mmHg | | | | |
| (244) Divers (Sujet ?) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

| | |
|---|-------|
| Avis : | Nom : |
|   | |

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques | Type ISHIHARA |
| Nombre de tables présentées <i>20</i> | Nombre d'erreurs <i>0</i> |

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé)

| | |
|--|--|
| Oreille droite | Oreille gauche |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

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 :

Audiométrie éventuelle

| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Oreille droite | | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | | |

(236) **Fonction respiratoire** (237) Hémoglobine

| | | |
|--|--|--------------------|
| VEMS/CV % | Peak Flow (l/min) | Hémoglobine (g/dl) |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | <i>13,5</i> (g/dl) |
| | | <i>108</i> |

| Champ d'application du certificat | Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(248) **commentaires, limitations:**
Pat Connetin apté au. *Apte classe 1 -> 30-09-2017*

(249) **Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé**
 Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

| | | |
|---|---|--|
| (250) Lieu et date <i>12-03-2017</i> | Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL | Cachet et signature  |
|---|---|--|

| | | | |
|---|--|------------------------------------|------------------------|
|  Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie | FORMULAIRE | SN-SEC-MED-FORM-03-A | |
| | CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE | Date d'application : 30/11/2018 | Page 1 sur 1 |

| CATEGORIES | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| CLASSE 1 <input checked="" type="checkbox"/> | CLASSE 2 <input type="checkbox"/> | CLASSE 3 <input type="checkbox"/> |

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **OUSMANE BA**.....

Né(e) le : **09/12/1968** à DAKAR Age : **... 55 ANS**.....

Demeurant : **...98/S SCAT URBAM MARISTE**

REPOND..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **12/03/24**

Limite de validité : **30/09/24** Durée de validité : **06 MOIS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



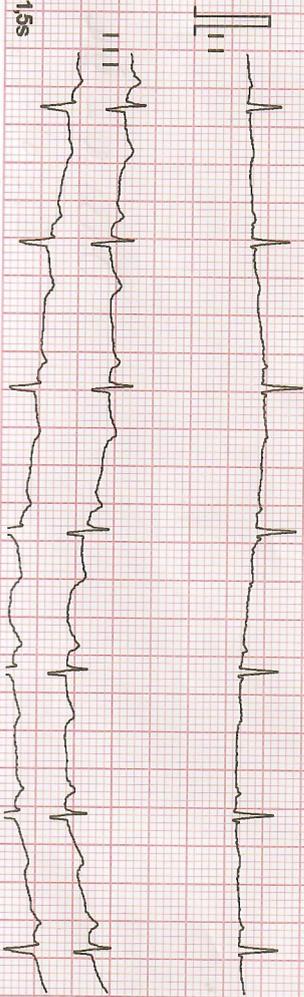
Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, la validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.

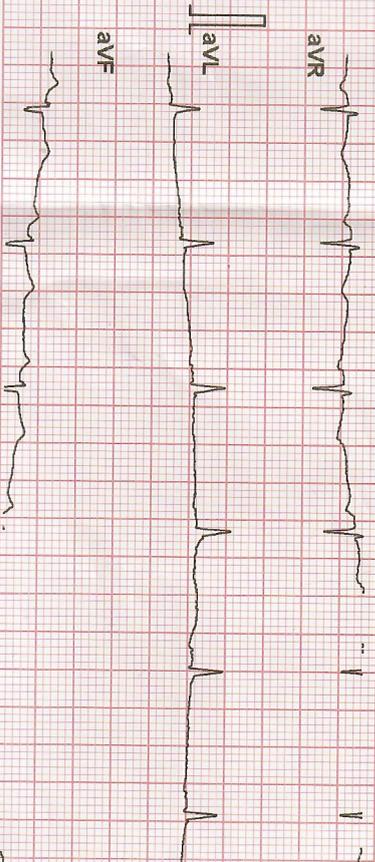
BTL-08 SD3 DIAG 3032 FW:4.75.0000
Aut

12/03/2024 09:12:57

25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1.5s



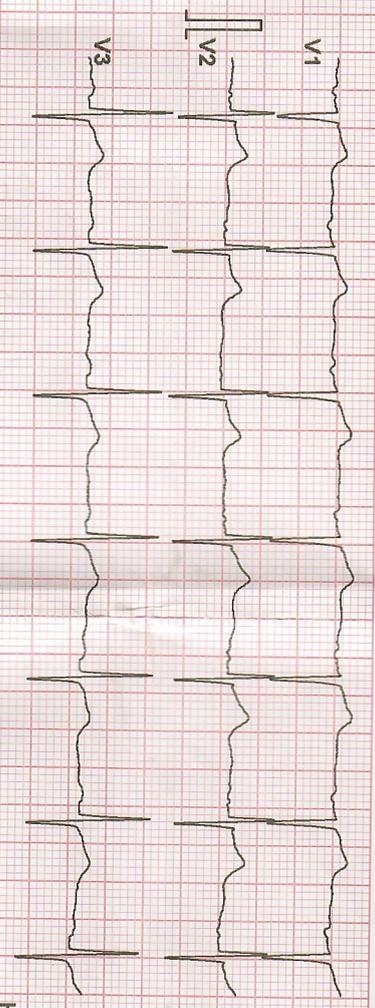
HR = 81



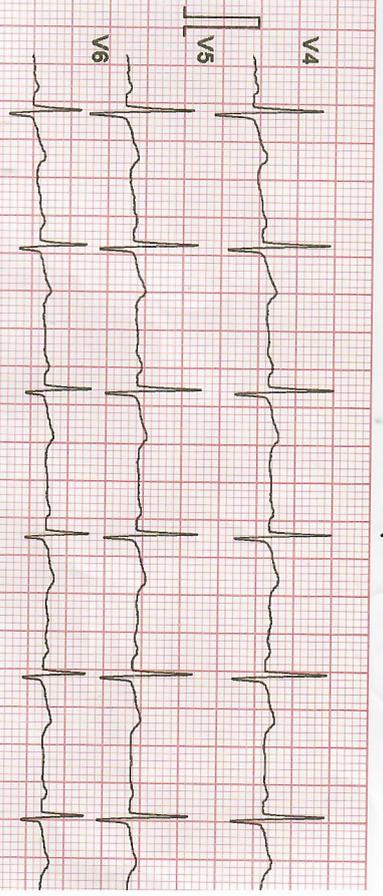
CE 0187

CE 0187

HR = 81



HR = 81



CE 0187

CE 0187

| V | P+ | P- | Q | R | S | R | S' | T+ | T- | ST | STS [uV/s] | SF | RR | P | QRS | QT | QTc | axis P | axis QRS | axis T | 82 1/min |
|-----|-----|-----|------|------|------|---|-----|-----|-----|------|------------|----------|--------|---|-----|----|-----|--------|----------|--------|----------|
| 42 | 117 | - | - | 490 | -250 | - | 40 | 17 | 5 | 441 | 5 | RR | 736 ms | | | | | | | | |
| 96 | - | - | 223 | 42 | -382 | - | 127 | -17 | 409 | 441 | 5 | P | 98 ms | | | | | | | | |
| 107 | - | -78 | -343 | 118 | - | - | 91 | -25 | -7 | -230 | 75° | QRS | 150 ms | | | | | | | | |
| - | - | - | 390 | 39 | - | - | - | -84 | -7 | -177 | 75° | QT | 346 ms | | | | | | | | |
| - | - | -42 | -949 | 39 | -265 | - | 109 | 22 | 22 | -429 | -32° | axis P | 403 ms | | | | | | | | |
| 51 | - | - | 647 | -711 | - | - | 201 | -22 | 51 | 763 | 75° | axis QRS | 75° | | | | | | | | |
| 54 | - | - | 1015 | -699 | - | - | 268 | 78 | 78 | 754 | 67° | axis T | 67° | | | | | | | | |
| 55 | - | - | 836 | -478 | - | - | 182 | 5 | 5 | 904 | | | | | | | | | | | |
| 56 | - | - | 819 | -454 | - | - | 123 | -5 | -5 | 600 | | | | | | | | | | | |
| - | - | - | 590 | -296 | - | - | 132 | -1 | -1 | 619 | | | | | | | | | | | |
| - | - | - | - | - | - | - | 109 | -7 | -7 | 492 | | | | | | | | | | | |

Dr. Patricia GARRERA
 Médecine Aéronautique
 DGAC N°3857, FAA-00773
 DEVIATION AXE GAUCHE MARQUE
 MICRO-VOLTAGE PERIPHERIQUE
 ECG ANORMAL
 RYTHME SINUSAL

Resumen de
 12-03-24