



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 : Navigation  
CLASSE : II  
NOM DE L'EMPLOYEUR : Bin Senegal  
ADRESSE : .....

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Ndiaye</u> Prénom : <u>Jaye Diaw</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>05/02/95</u> à : Lieu et date de l'examen médical : Adresse : Téléphone : <u>77-55-82-46</u> email : <u>jayedialaw95@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Hotesse de l'air</u> Situation de famille : <u>Celibataire</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input 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 :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?  OUI  NON  
 Si OUI : Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lieu : Nom du médecin : DR 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 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
2 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladie respiratoire	<input checked="" type="checkbox"/>	
5 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Maladies du foie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
12 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines		<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"/>	<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 ?		<input checked="" type="checkbox"/>
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 testés en vigueur.  
 Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique  
27 Juil 2021

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

13 : Anémie et Hypertension

Bilan hypotique : Transmembranes PAS.  
Echag hypotique PAS.

Ag Hbs ⊕ ANV 2941, R q. Ae Hbs = ⊖

Ag Hbe ⊖ Anct HbR ⊕

Anct Totaux ⊕.



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 : *Indiaye* Prénoms : *Jaye Diaw* Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *05-02-1995*  
 Lieu de naissance : *Dakar*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>173</i> cm	(203) Poids <i>60</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: <i>111</i> Diastolique: <i>69</i> Pulsations: <i>69</i>	(207) Pouls au repos 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, tympan, complianc 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  
*Pres. AS - 28 ans - Colésterol = 0 - Tension = 0 - Pas de Sput - Respiration = Normal*

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	<i>10/10</i>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<i>10/10</i>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<i>10/10</i>	Corrigée à		
(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>			
Vision binoculaire	<i>10/10</i>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<i>27/06/17</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			<i>27-06-17</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G : D : mmHg					



**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					
Œil gauche					
Vison binoculaire					

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui  Non  Oui  Non

Type : Type :

réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *[Signature]*

Nom : **Dr François Charles NDIAYE**  
Médecin Dakar

Signature : *[Signature]*

Assistance Médicale Sénégal  
5, Avenue des Ambassadeurs  
Téléphone : 33 33 26.71 - Senegal

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées *10* Nombre d'erreurs *0*

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

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

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

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

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		<i>10,9</i>

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

APTÉ pour la classe :  
 INAPTE pour la classe :  
 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	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations : *Patiente machine, sous traitement particulier, non soumise actuellement, no-fumeuse, signale une sensibilité à la lumière la nuit (cabele de nylon) - Belam-Heyalib B - Edy; Trauma, A*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé *⇒ RAS.*

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 *17-05-2021* Nom et adresse du médecin agréé *Apté classe 2 - 31-05-2021* Cachet et signature *[Signature]*

