



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 :** Contrôleur Aérien  
**CLASSE :** 3  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ASEONA  
**ADRESSE :** Toussaint Porel

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <u>NIANG</u> Prénom : <u>ABOU LAHAD</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>20/06/1984</u> à : Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : Téléphone : <u>7-66618-83</u> email : Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marié</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 : 10/09/2018 Lieu : Nom du médecin : AMS  
 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 »			Répondez aux questions suivantes :		
	OUI	NON		OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>	14		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>	15		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>	16		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>	17		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>	18		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>	19		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>	20		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>	21		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>	22		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>	23		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		
12		<input checked="" type="checkbox"/>	24		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>	25		<input checked="" type="checkbox"/>

**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 testes en vigueur.  
 Toutes fausses déclarations 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  
10/09/2018

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :  
Non DCP Ke 2 ans



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 : **MIANG** Prénoms : **ABDOU LAHAD** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **20/06/1984**  
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 <b>177</b> cm	(203) Poids <b>72</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Neux Neux</b>	(205) Cheveux couleur <b>Neux</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <b>130</b>	Diastolique <b>80</b>	Pulsations <b>80</b>	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, tympan, compli- ance 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  
**Caucasien Arérien 36ans. Noué 13♀ 9 emps. Psycho = PAS.  
Tabac = 0 Alcu = 0 IT = 0 Sport = OK Pluie = 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

Glucose <b>0</b>	Protéines <b>0</b>	Sang <b>0</b>	Autres
---------------------	-----------------------	------------------	--------

Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
-----------------	-------------	------	---------	----------

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	✓			
Œil gauche	✓			
Vision binoculaire	✓			

(238) ECG		<b>14-01-21</b>	✓	
(239) Audiogramme		<b>14-01-21</b>	✓	
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins		<b>14-01-21</b>	✓	
(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) <b>de près</b>		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit					
Œil gauche					
Vison binoculaire					
(232) <b>Lunettes</b>		(233) <b>Lentilles de contact</b>			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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 :
 <b>Dr Patrick CORREA</b> Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/INT/108 DGAC N° 3857 - FAA 00773	

(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>10</i>	Nombre d'erreurs <i>8</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"/>

Renvol/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 :

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

Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	--

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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

*SpO2 = 98 myd*

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		<i>13,3</i>

(248) **commentaires, limitations :**  
*Spot = 62.5 l à 10 min*  
*Apté Classe 3 → 21-01-2023*

(249) **Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé**  
 Je soussigne 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  
*14-01-2021*

Dr Patrick CORREA  
 3, Av. des Ambassades  
 DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

  
**Dr Patrick CORREA**  
 Médecine Aéronautique  
 MD/004/ANACS/INT/108  
 DGAC N° 3857 - FAA 00773