



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 :

ASECNA

ADRESSE :

12e, Cité Teranga - Keur massar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom :

KANTOUSSAN

Prénom :

STANISLAS

Nationalité :

Sexe : ☐ F ☒ M

Né(e) le : 23/10/1981

à : Tambacounda

Lieu et date de l'examen médical :

Adresse :

Téléphone : 77-437 24 09

email : Kantoussan81@gmail.com

Profession/activité :

Contrôleur de La Circulation Aérienne

Situation de famille :

Marié

Activité(s) pratiques

☐ Avion

☐ Planeur

☐ Hélicoptère

☐ Ballon

☐ 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 : 01/2019

Lieu : AMS

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 »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire		☒
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒
13 Migraines		☒

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		☒
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21 Consommez-vous de l'alcool ?	☒	☒
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
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

14/01/2021

Signature

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 : KANTOUSSAH		Prénoms : Stanislas		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 23/10/1981		Lieu de naissance : Zambézi	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 179 cm	(203) Poids 92 kg	(204) Yeux couleur Bleu	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 140 Diastolique 90		(207) Pouls au repos 70
	Rythme ☐ irrégulier ☒ 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, tympanes, 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 Caucasien Asiatique 35 ans. Nourriture = psh Tabac = 0 Alc = occ. Sport = ± II = 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	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	09	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		
(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 réalisés	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			14-01-2017	☒	
(239) Audiogramme			14-01-2017	☒	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins			14-01-2017	☒	
(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

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☒

Oui ☐

Non ☐

Type :

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille

Oreille

droite

gauche

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

Oui ☒

Oui ☒

Non ☐

Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille

droite

Oreille

gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

VEMS/CV

%

Peak Flow

(l/min)

(g/dl)

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☐

Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

(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

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis :

Nom :

Signature :

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

☒ APTE 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

☐

☐

☒