

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

**TYPE DE PERSONNEL** : Contrôleurs  
**CLASSE** : 3  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ASECNA  
**ADRESSE** : Aéroport LLS

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

Nom : <u>KANTOUSSAN</u> Prénom : <u>STANISLAS</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>23/10/1981</u> à : <u>Tambacounda</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS le 18/10/2022</u> Adresse : <u>12C, CITE TERANGA - JAXAAY</u> Téléphone : <u>774372499</u> email : <u>Kantoussan81@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marlé</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 : AMS Nom du médecin : Dr. Cornea  
 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 :		
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		X
2 Taux de cholestérol élevé		X
3 Maladie respiratoire		X
4 Maladies de l'estomac		X
5 Maladies du foie		X
6 Diabète		X
7 Maladies rénales		X
8 Maladies articulaires et du dos		X
9 Maladie thyroïdienne		X
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		X
12 Vertiges, pertes de connaissance		X
13 Migraines		X

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		X
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?	X	
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		X
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
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 testes 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  
18/10/2022  


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

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	<b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b>		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : <b>KANTOUSSAN</b>		Prénoms : <b>STANISLAS</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>23/01/1981</b>		Lieu de naissance : <b>Tambougoula</b>	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>177</b> cm	(203) Poids <b>85</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Vert</b>	(205) Cheveux couleur <b>Vert</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <b>12</b>	Diastolique <b>80</b>	Pulsations <b>73</b>

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  
**Contusion Anus 2.0ans sans 3septs. III=0. Tellecoo Alexat Spant-t**

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

(235) Analyse d'urine Normale  anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Œil droit sans correction	9	Corrigée à	Lunettes/Contact			
			Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non		
Œil droit sans correction	✓					
Œil gauche sans correction	✓					
Vision binoculaire, sans correction	✓					
(230) Vision intermédiaire						
N14 lu à 100cm						
Œil droit	✓					
Œil gauche	✓					
Vision binoculaire	✓					

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			18-10-2017	d	
(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				
Œil gauche				
Vision binoculaire				
(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

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Apti*

Nom : *Dr Patrick CORREA*

**Signature**  
**Dr Patrick CORREA**  
 Médecine Aeronautique  
 MD/004/ANACS/DTA/08  
 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 *20* 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 checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**APTE pour la classe :**  
 **INAPTE pour la classe :**  
 **Remis pour une évaluation complémentaire**  
 dans l'affirmative, indiquer :  
 Le destinataire :  
 Le motif :

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

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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.

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

*SpO2 : 111 mg/dl*

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>117</i>

Décision n° ..... Du .....

Libellé :

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

(248) commentaires, limitations :

*Apti classe 3 -> 31-10-2023*

(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 *18-10-2022*

**Dr Patrick CORREA**  
 Nom et adresse du médecin agréé  
 3, Av. des Ambassades  
 DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

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

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

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **MD 004 ANACS DT 08**

Certifie que M : **STANISLAS KANTOUSSAN**

Né(e) le : **23/10/81** à **TAMBACOUNDA...** Age : ... **40 ANS**.....

Demeurant : ...**12 C, CITE TERANGA JAXAAY**.....

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 : **18/10/22**

Limite de validité : **31/10/23** Durée de validité : ...**1 AN**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

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.*

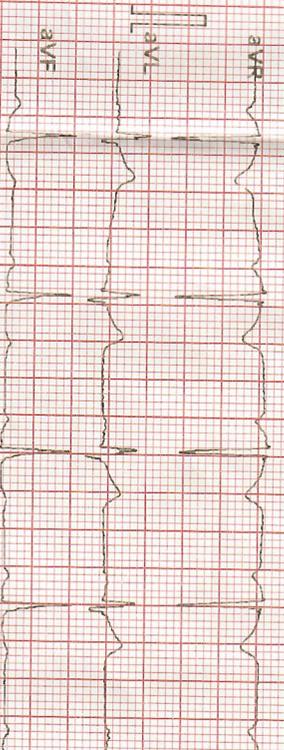
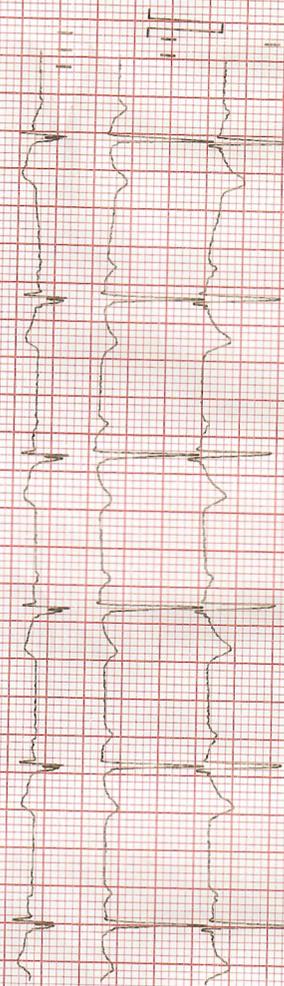
*Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.*

BT-08 SD3 DIAG 30.32 FW.475.0000  
Aut

Age:0 Sexe:Masculin 18/10/2022 09:45:30 Medecin CORREA

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

HR = 74





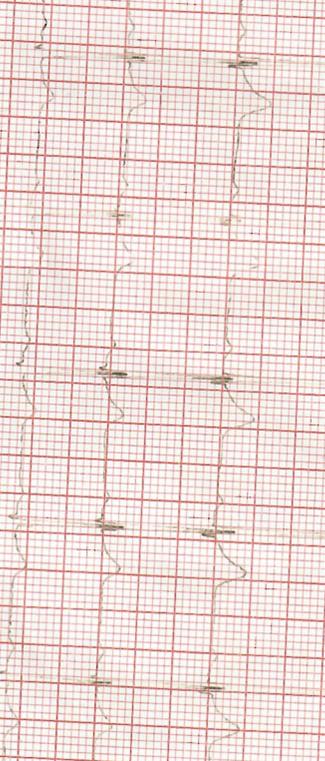
HR = 74

V1 V2 V3



HR = 74

V4 V5 V6



AVL	AVR	AVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
96	124	78	70	36	121	85	121	85
-103	-103	-103	-103	-103	-103	-103	-103	-103
-88	-52	-80	839	879	851	851	851	851
864	387	324	324	324	324	324	324	324
151	151	151	151	151	151	151	151	151
323	195	227	227	227	227	227	227	227
138	138	138	138	138	138	138	138	138
8	8	8	8	8	8	8	8	8
1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200
474	719	833	943	95	95	95	95	95
850 ms	82 ms	112 ms	158 ms	342 ms	370 ms	47	48	48

SE  
RR  
P  
QRS  
QTc  
axis P  
axis QRS

ECG DANS DES LIMITES NORMALES  
RYTHME SINUSA

K ANT OUSAN  
STANISLAS  
18-10-2022