

| | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------------|
|  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 : CONTROLEUR AERIEN
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECHA
ADRESSE : DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|---|--|
| Nom : <u>SENE</u> Prénom : <u>BACARY</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>09/09/1987</u> à : <u>ZIGUINCHOR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 17/01/2023</u> Adresse : <u>CITE MIXTA APPARTEMENT 25001</u> Téléphone : <u>775243065</u> email : <u>bacarysene@gmail.com</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR (AERIEN)</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u> | Activité(s) pratiques <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input checked="" type="checkbox"/> Autres précisez : <u>CONTROLEUR AERIEN</u> Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) <u>CRNA</u> Aérodrome : <u>DIASS</u> 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 : 13/01/2021 Lieu : AMS 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 | Troubles cardiaques, hypertension artérielle | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | Taux de cholestérol élevé | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 | Maladie respiratoire | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 | Maladies de l'estomac | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 | Maladies du foie | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 | Diabète | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 | Maladies rénales | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 | Maladies articulaires et du dos | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 | Maladie thyroïdienne | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 | Tumeur ou maladie cancéreuse | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 | Œil : choc, maladies, troubles visuels | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 | 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"/> |
| 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 testes 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

17/01/2023


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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

Art 6. J. J. 2022 sans titre = PAS



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 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 : |
| <i>Apt</i> | Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique SN-MED-004 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>90</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 |
| 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"/> |

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.

Audiométrie éventuelle

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

Décision n° Du

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

| | | |
|--|--|--|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | Hb = <i>16,9</i> (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>Céle = 9,81</i> |

Libellé :

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

(248) **commentaires, limitations :**
Apt classe 3 → 31-01-2015

(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 | Nom et adresse du médecin agréé | Signature |
| <i>17-01-2013</i> | Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassadeurs DAKAR SENEGAL | Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773 |



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 type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | | |
| Type : | | Type : | | | |
| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter | |
| | | | | | |
| (313) Perception des couleurs | | Normale <input type="checkbox"/> | | Anormale <input type="checkbox"/> | |
| 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 | | |
| Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur | | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| Audiométrie éventuelle | | | | | |
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 6000 |
| Oreille droite | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | |
| (236) Fonction respiratoire | | (237) Hémoglobine | | | |
| VEMS/CV % | | Peack Flow (l/min) | | Hb (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"/> | |
| | | | | Hb = 14,9 Hgc = 481 | |
| (248) commentaires, limitations : | | | | | |
| Apt classe 3 → 31-01-2015 | | | | | |
| (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 | | Nom et adresse du médecin agréé | | Capacité et signature | |
| 17-01-2013 | | Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassadeurs DAKAR SENEGAL | | Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 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 :

(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 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |