

| | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------------|
|  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
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ACECNA
ADRESSE : PARCELLES ASSAI VITONJU

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|--|---|
| Nom : <u>SALL</u> Prénom : <u>MADIOR</u> Nationalité : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>02/09/1981</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : _____ Adresse : <u>PARCELLES ASSAI VITONJU</u> Téléphone : <u>77-3714722</u> email : <u>madiorsall@outlook.fr</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR AERIEN</u> Situation de famille : <u>MARIE</u> | Activité(s) pratiques <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 : 14/01/2021 Lieu : AMS Nom du médecin : 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 : | | |
| 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"/> | <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 | | <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 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

20/04/2022



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

1. HTA, sous Avelox 5mg -



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 : SALL Prénoms : MAHORO Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 02/09/1981
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 <u>187</u> cm | (203) Poids <u>87</u> kg | (204) Yeux couleur <u>Noir</u> | (205) Cheveux couleur <u>Noir</u> | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | Systolique <u>110</u> | Diastolique <u>8</u> | | |
| | | | | | | Pulsations <u>62</u> | 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, tympans, compliance 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
Sujet de 40 ans Noir, le port, sportif, motivé

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 | Protéines | Sang | Autres |
| <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|-----|-----------------|-----|
| Œil droit sans correction | <u>10/10</u> | Corrigée à | | | |
| Œil gauche sans correction | <u>10/10</u> | Corrigée à | | | |
| Vision binoculaire, sans correction | <u>10/10</u> | Corrigée à | | | |
| (230) Vision intermédiaire | | Sans correction | | Avec correction | |
| N14 lu à 100cm | | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Œil gauche | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Vision binoculaire | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|-------------|-----------------|--------|-------------------------------------|
| Rapport annexés | Non réalisé | Date | Normal | Anormal |
| (238) ECG | | <u>20/06/17</u> | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme | | <u>02/06/17</u> | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (240) Examen Ophtalmologique | | | | |
| (241) Examen ORL | | | | |
| (242) Lipides sanguins | | | | |
| (243) Fonctions respiratoires | | | | |
| (320) Tonométrie G : D : mmHg | | | | |

DAKAR SENEGAL



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"/> | |
| Type : | | Type : | | | |
| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter | |
| | | | | | |

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques | Type ISHIHARA |
| Nombre de tables présentées 10 | Nombre d'erreurs 10 |

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

| | | |
|---|---|---|
| Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur | Oreille droite | Oreille gauche |
| | 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 | | | | | | |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Hypoxémie: 116 mg/dl

| | | |
|--|--|--|
| VEMS/CV | Peak Flow | (g/dl) |
| % | (l/min) | |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |

(248) commentaires, limitations : *ECG/ Sous decalage du segment ST : Bien cardio électrolyte montre un syndrome ischaémique I MAPTE Classe 3*

(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

10/05/2012

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Monte*

Nom : *Dr François Charles M... M... M...*

Signature : *[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 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cachet et signature

[Cachet]

[Signature]

MD/004/ANAC/SDTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773