

 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 SERIEN
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : AECNA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

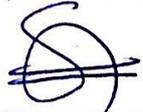
Nom : <u>SALL</u> Prénom : <u>MADIOR</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>02/09/1981</u> à : Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>PALCETTES ASSANIER VAN 74</u> Téléphone : <u>77-3714732</u> email : <u>madiorcall@outlook.fr</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR SERIEN</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 : 24/01/2019 Lieu : Nom du médecin : Dr COLLEA
 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		
13		<input checked="" type="checkbox"/>	25		

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
14/01/2021


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



NOM : SALL

Prénoms : MADIOR

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 186 cm	(203) Poids 94 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 160	Diastolique 10	

Examen clinique : Cochez chaque item

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	α		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	α		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	α		(220) système génito-urinaire	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	α		(221) Système endocrinien, thyroïde	α
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	α		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	α
(213) Yeux - pupilles	α		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	α
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	α		(224) Examen neurologique- réflexes etc	α
(215) Poumons, thorax, seins	α		(225) Psychiatrie	α
(216) Cœur	α		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	α
(217) Système vasculaire	α		(227) Etat général	α

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
Cervical Arterios. 39 ans. Noir 14 ans. my che = RAS.
Tabac = 0 Alc = 0 ITT = 0 Sport = OK. Pleurite = 0

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Corrigée à	Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	10			
Œil gauche sans correction	10			
Vision binoculaire, sans correction	10			

(230) Vision Intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				
Œil gauche				
Vision binoculaire				

(235) Analyse d'urine Normale anormale

	Toxique : 0		Sang		Autres		
	Glucose	Protéines	0	0			
Rapport annexés					Non réalisés	Date	
(238) ECG						14-01-21	α.
(239) Audiogramme						14-01-21	d.
(240) Examen Ophtalmologique							
(241) Examen ORL							
(242) Lipides sanguins						14-01-21	d.
(243) Fonctions respiratoires							
(320) Tonométrie G :							

(231) de près
N5 lu à 30 - 50cm

Sans correction		Avec correction	
Oui	Non	Oui	Non

Œil droit
Œil gauche
Vison binoculaire

(232) Lunettes
Oui Non

(233) Lentilles de contact
Oui Non

Type :
réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs
Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques
Nombre de tables présentées *10*

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

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
Glycémie : 105 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 checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		<i>137</i>

(248) commentaires, limitations :
EGG - BBG - incomp. + inv. de i. à confronter avec NADA
Résultat NADA : HTA lab. di. + NADA + surveillance
EE à demande.

(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
18-01-2021

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

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

APTÉ pour la classe : *TNLS Simao*
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer : *NADA*
Le destinataire : *Cochet/lycée*
Le motif : *HTA*

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 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
MO/004/ANACSDTA/08
DGAC N° 2657 FAA 00773