

 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 : ASECNA
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 checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>02/05/1981</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : <u>ZAC MADAO n° 40</u> Téléphone : <u>77-371 47 82</u> email : <u>madiorsall@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 : 03/01/2023 Lieu : 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 »

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

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14 Troubles du sommeil		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21 Consommez-vous de l'alcool ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25 Autres		<input type="checkbox"/>	<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 textes en vigueur.
 Toutes fausses déclarations 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

25/05/2023



Annotations du médecin-examineur 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 : SAU Prénoms : MADON Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 02/09/1981
Lieu de naissance : BAKAR

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm 186	(203) Poids kg 82	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 159 Diastolique: 99	(207) Pouls au repos Pulsations: 66 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	X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	X
(209) Cavité bucale, gorge, dents	X		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	X
(210) Nez, sinus	X		(220) système génito-urinaire	X
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	X		(221) Système endocrinien, thyroïde	X
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	X		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	X
(213) Yeux - pupilles	X		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	X
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	X		(224) Examen neurologique- réflexes etc	X
(215) Poumons, thorax, seins	X		(225) Psychiatrie	X
(216) Cœur	X		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	X
(217) Système vasculaire	X		(227) Etat général	X

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Absence de lésions, marque 5 Euphorie, HTA traitée par Cécisyl 25mg, Psychisme bon, Tabac = 0, Alcool = 0, en bon état, général

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	10	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	X			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réali sé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG			27/05/13	X
(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		<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 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 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 type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input 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
Glyc : 110 mg/dl Hg : 14,5 g/l

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"/>

(248) commentaires, limitations :

(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

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