

 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

TYPE DE PERSONNEL : Aéronautique **CONTROLEUR**
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : CITE ASEENA AERODORT YOFF

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>LIDOVE</u> Prénom : <u>SIDY MOHAMED</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>05/03/1992</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>CITE ASEENA AERODORT YOFF Bât 714</u> Téléphone : <u>76-968 37-36</u> email : <u>gnobye mail@gmail.com</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR AERIEN</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : 17/01/2019 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 proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☒ OUI ☐ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

		OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2	Taux de cholestérol élevé		☒
3	Maladie respiratoire		☒
4	Maladies de l'estomac		☒
5	Maladies du foie		☒
6	Diabète		☒
7	Maladies rénales		☒
8	Maladies articulaires et du dos		☒
9	Maladie thyroïdienne		☒
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12	Vertiges, pertes de connaissance		☒
13	Migraines		☒

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

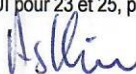
Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.

Toutes 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

 14/01/2019

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 : **NDOYE**

Prénoms : **SIDY MOHAMED**

Date de naissance
(JJ/MM/AAAA): **05/03/1982**
Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 187 cm	(203) Poids 95 kg	(204) Yeux couleur Marr	(205) Cheveux couleur Marr	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 90	(207) Pouls au repos Pulsations 70 Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier
---	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

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

Caractéristiques Aérien. 38 ans. Marr / 3 cult = psych = PAS.
TABAC = 0 ALCO = 0 III = Spont = OK. Plaquettes = léger pseudothrombocytopénie

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	Corrigée à	10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10

(230) Vision intermédiaire

Sans correction Avec correction

N14 lu à 100cm

Oui Non Oui Non

Œil droit				
Œil gauche				
Vision binoculaire				

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapport annexés Non réalisé Date Nor mal Anor mal

(238) ECG	14-01-21	☒
(239) Audiogramme	14-01-21	☒
(240) Examen Ophtalmologique		
(241) Examen ORL		
(242) Lipides sanguins	14-01-21	☒
(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
Oeil droit				
Oeil gauche				
Vision binoculaire				
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☒ Non ☐	Oui ☐ Non ☐			
Type : my	Type :			
refraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 10 Nombre d'erreurs 0

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

Oreille droite	Oreille gauche
Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Glycémie : 100mg/dl

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐
		12,1

(248) commentaires, limitations : Pat Vaux diabétique. Apté classe 3 → 31-01-2023

(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 14-01-2021
Nom et adresse du médecin agréé
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
Dr Patrick CORREA
Médecin Généraliste
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

(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
	☐	☐	☒