



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 : ASEENA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Form fields: Nom: DIARRA, Prénom: TIANADOU, Nationalité: MALIENNE, Sexe: F, Né(e) le: 15/07/1977, Adresse: CITE ASEENA, etc.

Form fields: Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique? OUI NON, Si OUI: Date: 29/01/2019, Lieu: ANS, Nom du médecin: DR CORREA

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

Table with 4 columns: Questionnaires précisions sur les réponses « OUI », OUI, NON. Rows 1-13 listing medical conditions like 'Troubles cardiaques', 'Taux de cholestérol élevé', etc.

Table with 4 columns: Répondez aux questions suivantes, OUI, NON. Rows 14-25 listing questions like 'Troubles du sommeil', 'Avez-vous subi une intervention chirurgicale?', etc.

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.

Date et signature du personnel aéronautique: 29/01/2019, [Signature]

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item): Nouveau Rhumatisme, UAD. 15-2012 = Simulateur -> PAS. 2014 = UAD.



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 : **DIARRA** Prénoms : **YATADOU** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **15/07/1977** Lieu de naissance : **BADAKO (TALI)**

| | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------|---|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 183 cm | (203) Poids 96 kg | (204) Yeux couleur Neu | (205) Cheveux couleur Neu | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | Systolique 160 | Diastolique 90 | Pulsations 80 | 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 | ✓ | | (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, compli-ance 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
Coeur = 43 ans. Neu / 3 sub = psych = PAS. Tabac = 0. Alc = 0. III = 0. Sport = 0. Pluie = 0.

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

(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

| 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

| Glucose | Protéines | Sang | Autres | |
|----------|-----------|----------|--------|--|
| 0 | 0 | 0 | | |

| Rapport annexés | Non réalisés | Date | Normal | Anormal |
|-------------------------------|--------------|-------------------|--------|---------|
| (238) ECG | | 14-01-2017 | ✓ | |
| (239) Audlogramme | | | | |
| (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 | | | | |
| Œil gauche | | | | |
| Vision binoculaire | | | | |
| (232) Lunettes | (233) Lentilles de contact | | | |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| Type : <i>Presy.</i> | 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"/> | Oui <input checked="" 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 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 | <i>25</i> | <i>25</i> | <i>25</i> | <i>35</i> | <i>40</i> | <i>35</i> |
| Oreille gauche | <i>15</i> | <i>25</i> | <i>20</i> | <i>35</i> | <i>45</i> | <i>50</i> |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine *Glycémie: 1,09 mg/dl*

| | | |
|--|--|--|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | <i>108</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"/> |

(248) commentaires, limitations :
*Audition et vision correctes.
HTA 16/09 -> NAPA - Perce les NAPA. HTA labo leger -> N40*

(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
29-01-2017

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

Cachet et signature

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 :
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer : *NAPA*
Le destinataire : *HTA*
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 | Classe 2 | Classe 3 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

*Apte classe 3 -> 09/01/2017
31-07-2017*