



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 :** Contrôleur Aérien

**CLASSE :** 3

**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ASFCNA

**ADRESSE :** Représentation ASEENA à Soff BP 8132 Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : DIARRA Prénom : NATA DOU Nationalité : Sénégalais Né(e) le : 15/07/1977 Lieu et date de l'examen médical : à : BATAKODI Adresse : Côte d'Ivoire à l'aérodrome de Bafinent G5 Téléphone : 221 15 216 15 Email : diarra.m2000@yahoo.fr Profession/activité : Contrôleur aérien Situation de famille : MARIE	<b>Activité(s) pratiques</b> <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 : 10/12/2021 Lieu : Nom du médecin : DR CORDEA

Vous avez été déclaré :  Apté  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 précisant sur les réponses « OUI »

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

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

Toute fausse déclaration 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

25/06/2021  
Mondial

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) : (Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 11 - Port de VC - 15 - Durangis ORL pour grante obstruie  
RH sinus = Rère.



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 : NATAKO		Date de naissance (jj/MM/AAAA) : 15/07/1977	
				Lieu de naissance : BADAKO / MALI	
(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 93 kg	(204) Yeux couleur Glaçant	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 140 Diastolique 80
					Pulsations 73

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  
*Ce voleur a une tête de bâton, il a 3 enfants - Pas de maladie - Pas de maladie*  
*Un peu noir, Alcool=0 Sport=0, TIT=0, Pas de placide*

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

(235) Analyse d'urine

Normale X anormale □

(229) (de loin à 5m/6m en dixième		Lunettes/Contac t
Œil droit sans correction	Corrigée à	10/10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10/10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	11/10

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		10/10	X	

(239) Audiogramme

(240) Examen Ophtalmologique

(241) Examen ORL

(242) Lipides sanguins

(243) Fonctions respiratoires

(320) Tonométrie G : D : mmHg

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			10/10	
Œil gauche			10/10	
Vision binoculaire			10/10	



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
Œil droit			X
Œil gauche			X
Vison binoculaire			X
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :		Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe
			Ajouter

(313) Perception des couleurs      Normale X      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
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Audiométrie éventuelle			
Hz	500	1000	2000
Oreille droite			
Oreille gauche			

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Glycémie: 93 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"/>	107
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal X Anormal <input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :

Par consultation ophtalmique

Apti classe 3 → 30-06-2017

(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

28-06-2017

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

Cachet et signature

