

| | | | |
|--|---|-----------------------------|------------------------------------|
|  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 : Contrôleur Aérien
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : Représentation ASECNA à Goff, BP 8132 Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|---|---|
| Nom : <u>DIARRA</u> Prénom : <u>NATHAN</u> Nationalité : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>15/07/1977</u> à : <u>BATAKO/ITALI</u> Lieu et date de l'examen médical : _____ Adresse : <u>Cité ASECNA Goff à l'aéroport L-S-S - Bâtiment G5</u> Téléphone : <u>77 152 16 15</u> email : <u>diarra.nathan@yaho.fr</u> Profession/activité : <u>Contrôleur aérien</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</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 : 10/01/2021 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 »

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

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

Toutes 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
[Signature]

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 11 - Port de VC - 15 - chirurgie ORL pour amovibles chirurgie
BRAS - en 2012
Plus d'avis de

| | | | | |
|---|---------------------------------|--|------------------------------------|-----------------|
|  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 : TIATADOU | | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 15/07/1977 | | Lieu de naissance : BATHO / NALI | |
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 183 cm | (203) Poids 93 kg | (204) Yeux couleur Vert | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 140 Diastolique : 80 | | (207) Pouls au repos 73 |
| | | | | | | Pulsations : 73 | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | | (218) Abdomen, hernie, foie, rate | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents | <input checked="" type="checkbox"/> | | (219) Anus, rectum (si nécessaire) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (210) Nez, sinus | <input checked="" type="checkbox"/> | | (220) système génito-urinaire | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (211) Oreilles, tympons, compliance tympanique | <input checked="" type="checkbox"/> | | (221) Système endocrinien, thyroïde | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | <input checked="" type="checkbox"/> | | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (213) Yeux - pupilles | <input checked="" type="checkbox"/> | | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus | <input checked="" type="checkbox"/> | | (224) Examen neurologique- réflexes etc | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (215) Poumons, thorax, seins | <input checked="" type="checkbox"/> | | (225) Psychiatrie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (216) Cœur | <input checked="" type="checkbox"/> | | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (217) Système vasculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | | (227) Etat général | <input checked="" type="checkbox"/> |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Compteur aéro de 4 ans, Note 3 après - Rythme normal
Nos fumeur, Alcool=0 Sport=0, HT=0, Pas de Placenta

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 | 10/10 | |
| Œil gauche sans correction | Corrigée à | 10/10 | |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à | 11/10 | |

| | | | | | |
|----------------------------|-----|-----------------|--------------|-----------------|--|
| (230) Vision intermédiaire | | Sans correction | | Avec correction | |
| N14 lu à 100cm | Oui | Non | Oui | Non | |
| Œil droit | | | 10/10 | | |
| Œil gauche | | | 10/10 | | |
| Vision binoculaire | | | 10/10 | | |

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

| | | | | |
|-------------------------------|-------------|-----------------|----------|----------|
| Rapport annexés | Non réalisé | Date | Nor mal | Anor mal |
| (238) ECG | | 10/06/17 | X | |
| (239) Audiogramme | | | | |
| (240) Examen Ophtalmologique | | | | |
| (241) Examen ORL | | | | |
| (242) Lipides sanguins | | | | |
| (243) Fonctions respiratoires | | | | |
| (320) Tonométrie G : | | | | |
| D : mmHg | | | | |

| | | | | |
|---|---------------------------------|--|------------------------------------|-----------------|
|  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 | | | | 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 ☒ 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

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

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille droite

Oreille gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Glycémie: 93 mg/dl

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|
| VEMS/CV % | | Peak 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"/> |
| | | | | 10.7 | |

(248) commentaires, limitations :

Pat' correction optique

Apté classe 3 → 30-06-2018

(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

28-06-2018

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
MD/004/MACS/OTA/08
DGAON-3857

| | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (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 : Dr François Charles NDIAYE Médecin Dakar |
| 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 | Classe 2 | Classe 3 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |