

 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 : C3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>KEBE</u> Prénom : <u>Mbaye</u> Nationalité : <u>Senégalaïse</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>06/08/1977</u> à : <u>Kaolack</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : Téléphone : <u>77-368 30 56</u> email : <u>kebembaye11@gmail.com</u> Profession/activité : <u>contrôleur aérien</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 : ____/____/____ Lieu : _____ Nom du médecin : _____

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		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		<input checked="" type="checkbox"/>
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		<input checked="" type="checkbox"/>
17		<input checked="" type="checkbox"/>
18		<input checked="" type="checkbox"/>
19		<input checked="" type="checkbox"/>
20		<input checked="" type="checkbox"/>
21		<input checked="" type="checkbox"/>
22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24		<input type="checkbox"/>
25		<input 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 testes en vigueur.
 Toutes fausses déclarations priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

de 11/02/21


Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :
8 = Sciatique - 11/22 Port de VC - 15 - Augmentation de cholestérol ...



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	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>11</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche			<i>Non Audible</i>			

(236) Fonction respiratoire	(237) Hémoglobine
VEMS/CV % Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Peack Flow (l/min) Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	(g/dl) <i>97 mg/dl</i> <i>14.7</i> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) **commentaires, limitations :**
Peut venir obligatoirement *Apté classe 3 -> 28-02-2018*

(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 *11-02-2018*

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 : *Aus Cordo...*

Nom : **François Charles NDIAYE**
Médecin
Dakar

Signature : *[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 checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
IND0047ANACS/D FA-08
C.N. 1957 - FAA 00773



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 : **KEBE** Prénoms : **Mbaye** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **06/08/77** Lieu de naissance : **Koussack**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 177 cm	(203) Poids 67 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 125	Diastolique 80	Pulsations 85	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

Conseils Avenir 2h ans. Tabac = 0. Alcool = 0. fumer = ±

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

(235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Œil droit sans correction	Corrigée à	Lunettes/Contact			
		Oui	Non		
		10/10			
Œil gauche sans correction	Corrigée à	Lunettes/Contact			
		10/10			
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	Lunettes/Contact			
		10/10			
(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 réalisés	Date	Nor mal	Anor mal
			(238) ECG		10-09 21	X	
			(239) Audiogramme		11-12 21	X	
			(240) Examen Ophtalmologique				
			(241) Examen ORL				
			(242) Lipides sanguins				
			(243) Fonctions respiratoires				
			(320) Tonométrie G :				