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 : NON NAVIGANT
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : Malika Nord N°25

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : BOYE
Prénom : Mamadou
Nationalité : SENEGALAISE Sexe : ☐ F ☒ M
Né(e) le : 02/09/1971 à : Dakar
Lieu et date de l'examen médical : ATNS
Adresse : Malika Nord N°25
Téléphone : 77 508 73 22 email : doumoboye@yahoo.fr
Profession/activité : Contrôleur Aérien
Situation de famille : Marié

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 : : ___/03/2020 Lieu : ATNS Nom du médecin : 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 »

	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	Œil : 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	Etes-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 testes en vigueur.
Toutes fausse déclaration 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
le 02/03/2021

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses «OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

Scanné avec CamScanner

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 : BOYÉ		Prénoms : Mamadou			Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 02-09-1971 Lieu de naissance : Dakar		
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☑ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 105 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Marron	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 140	Diastolique 90	Pulsations 87 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

Cardiaque Aucun. 50 ans. [illegible] Pleurésie = 0.

Tabac = 0. Alc = 0. [illegible] = 0. Sport : ±

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 Oui	Sans correction Non	Avec correction Oui	Avec correction Non
Œil droit			✓	
Œil gauche			✓	
Vison binoculaire				

(235) Analyse d'urine Normale ☑ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		02-03-21	✓	
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				

Dr Patrick CORREA 2, AV. des Ambassades DAKAR SENEGAL

Scanné avec CamScanner

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			2	
Œil gauche			2	
Vison binoculaire			2	

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui ☒	Non ☐	Oui ☐	Non ☐
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'examinateur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** (237) Hémoglobine

Gly: 113mg/dl

VEMS/CV %		Peack Flow (l/min)		(g/dl) 12,2	
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☒	Anormal ☐

(244) Divers (Sujet ?)	☐		☐	☐

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis :	Nom :
Apte	Signature : Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique 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
	☐	☐	☒

(248) **commentaires, limitations :**
Peut venir obligatoire Apte classe 3 → 30-03-2022

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
02-03-2021.	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N° 3857 - FAA 00773

Scanné avec CamScanner