

 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 : NON NAVIGANT
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>BOYE</u> Prénom : <u>Mamadou</u> Nationalité : _____ Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>02/09/1971</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS le 09-03-2022</u> Adresse : <u>Malika Nord. Cte Nguedjega.</u> Téléphone : <u>775684322</u> email : <u>doumboye@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>Contrôleur aerien</u> Situation de famille : <u>Marie</u>	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 : 31/03/2021 Lieu : AMS 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		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire		☒
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒
13 Migraines		☒

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

6 10-03-2022



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

 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 : BOYE	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 181 cm	(203) Poids 103 kg	(204) Yeux couleur Marr
		(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 90
			(207) Pouls au repos Pulsations 88 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier

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, tympanes, 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
Contrôle. Rien socat. Sans 8 ans 6.
 Tabcu=0
 Ale=0
 III=0
 Spant=0.

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
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10
(230) Vision intermédiaire		
	Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non
Œil droit		☒
Œil gauche		☒
Vision binoculaire		☒

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	
Rapport annexés		Non réalisé	Date Nor mal Anor mal
(238) ECG		10-03	02
(239) Audiogramme		10-03	02
(240) Examen Ophtalmologique			
(241) Examen ORL			
(242) Lipides sanguins		10-03	02
(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				☒	
Œil gauche				☒	
Vison binoculaire				☒	
(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	Type ISHIIHARA
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

(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 ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)	
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐

(248) commentaires, limitations : *Part candidat apte* *ET = 2,325/P. LDL 1,55 à surveiller.*

(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	Nom et adresse du médecin agréé
<i>15-03-2022.</i>	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL

(244) Divers (Sujet ?)	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Avis :	Nom :
<i>AP</i>	
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 :
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
	☐	☐	☒

Aptk classe 3 -> 31-09-2022.

(250) Lieu et date

Cachet et signature

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N° 3857 - F.A.A. 00773