

 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 : YOFF

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>BOYE</u> Prénom : <u>Mamadou</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Né(e) le : <u>02/09/1971</u> à : <u>Dakar</u> Sexe : ☐ F ☒ M Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> le <u>14/09/22</u> Adresse : <u>Malika Nord</u> Téléphone : <u>75687322</u> email : <u>doomaboye@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>Contrôleur aérien</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 : 31/03/2022 Lieu : AMS Nom du médecin : D 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

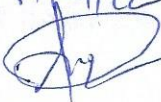
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

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

		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 ?		☒
24	Pour les candidates :		
25	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		☒
	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 entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

le 14/09/22


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): 02/03/71	Lieu de naissance : Dakar
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 190 cm	(203) Poids 100 kg	(204) Yeux couleur Nain
		(205) Cheveux couleur Nain	(206) Tension artérielle (assis) mmHg
			Systolique 125 Diastolique 86 Pulsations 83 Rythme ☒ 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

Contacter Avenir S.I. pour l'avis 8 ans.

*Tachycardie
A4=0
S1=0
S2=0*

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal

(238) ECG				
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

		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
Œil droit			☒
Œil gauche			☒
Vision binoculaire			☒

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
2 sur 2

(231) de près

N5 lu à 30 – 50cm

Sans correction Avec correction
Oui Non Oui Non

Oeil droit

Oeil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui ☒

Non ☐

Type :

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☐

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis
(si 239/241 non réalisés)

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

Oreille gauche

Oreille droite

Oreille gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Glyc. 104 mg/dl

VEMS/CV

%

Peak Flow

(l/min)

(g/dl)

Normal ☐ Anormal ☐

Normal ☐ Anormal ☐

Normal ☐ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

Port Conduite d'écoute

Apte classe 3 → 31-03-2013

(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

14-09-2012

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3887 - FAA-00773

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis :

Nom :

Signature :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3887 - FAA-00773

(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

☐

☐

☒