

 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 : 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 : <u>SENEGALAISE</u> 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 18.10.2018</u> Adresse : <u>Matiba Nord</u> Téléphone : <u>77-5687322</u> email : <u>doumaboie@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 : /03/23 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 »

	OUI	NON
1		☒
2		☒
3		☒
4		☒
5		☒
6		☒
7		☒
8		☒
9		☒
10		☒
11		☒
12		☒
13		☒

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

le 18.10.23


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 180 cm	(203) Poids 103 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 96	(207) Pouls au repos Pulsations 79 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

Contreleur Aviation. 52 ans. Noir 8 ans.

206 - Buiree TA (1022).

Td = 0. A = 0. Spat = 0. Ad = 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	No	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	No	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	No	

(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	
☒	☒	☒		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal Anormal
			18-10-2015	☒
(238) ECG				
(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			☒	
Œil gauche			☒	
Vision 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 ☐	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)	14,8 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

Part Camero gl'gère Apte classe 1 -> 30-04-2024

(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

Cachet et signature

18-10-2023

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

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

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

Avis :	Nom :
<i>Apte</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i>

(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
	☐	☐	☒

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE		SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE		Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☐	CLASSE 2 ☐	CLASSE 3 ☒

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **MAMADOU BOYE**

Né(e) le : **02/09/1971** à DAKAR... Age : **...52 ANS**

Demeurant : **...MALIKA NORD**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **18/10/23**

Limite de validité : **30/04/24** Durée de validité : **... 6 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.

BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW:4.75.0000
Aut

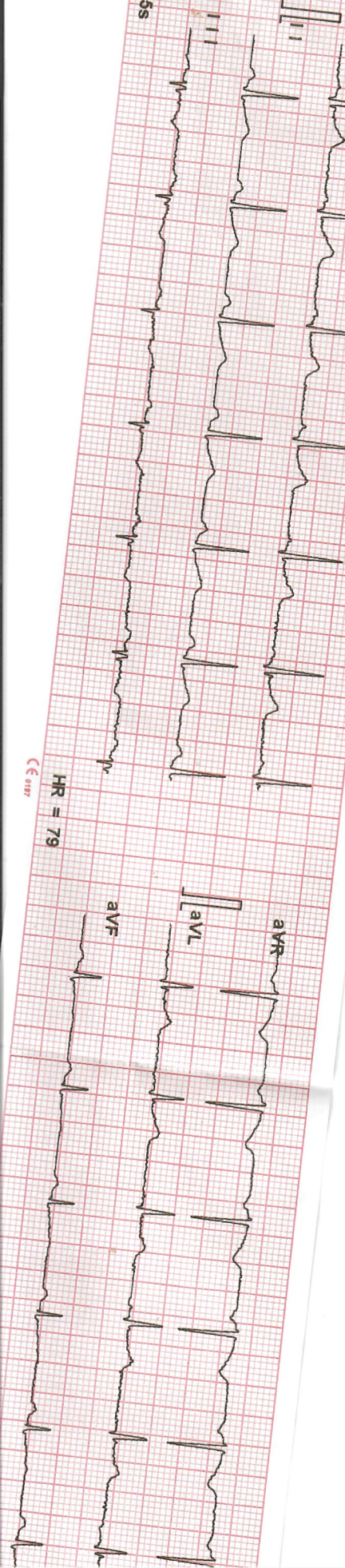
18/10/2023 08:23:51

25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1.5s

CE 0187

HR = 79

CE 0187



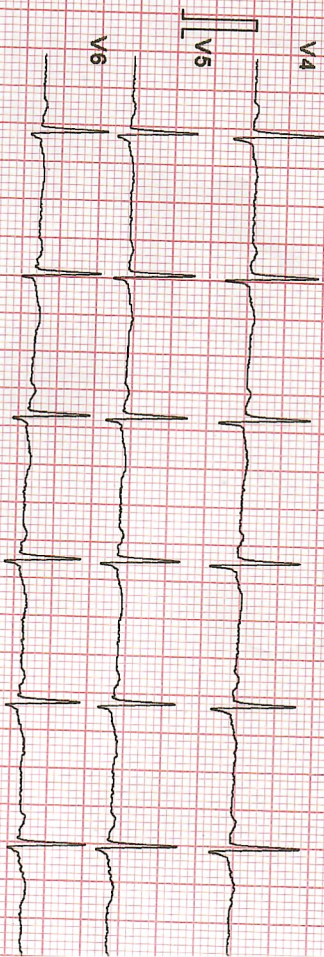
HR = 79

CE 0107



HR = 79

CE 0107



[uV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs
I	61	-	-122	957	-53	-	-	208	-	11	605
II	104	-	-56	891	-87	-	-	117	-	-39	606
III	76	-	-	59	-208	-	-	-	-	-36	49
aVR	-	-78	-	91	-924	52	-75	-	-86	13	-592
aVL	-	-	-96	536	-	-	-	149	-162	22	246
aVF	86	-	-38	419	-72	-	-	33	-	-37	322
V1	-	-53	-	195	-671	-	-	-	-27	20	10
V2	57	-	-	765	-866	-	-	492	-	70	1438
V3	71	-	-	544	-368	-	-	48	-	-37	557
V4	63	-	-	910	-323	-	-	65	-	-32	608
V5	57	-	-	886	-209	-	-	61	-	-31	485
V6	55	-	-	863	-184	-	-	65	-	-30	538

SF 78 1/min
 RR 770 ms
 P 96 ms
 QRS 98 ms
 PQ 130 ms
 QT 360 ms
 QTc 410 ms
 axis P 64°
 axis QRS 14°
 axis T 0°

ECG DANS LE SPATIAL CORREA

RHYTHME SINUS RÉGULIER

SN-MED-004

Médecine Aérienne

DGAC N°3851 - FAA-10773

18-20-73

Mamadou Boye