



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 : Contrôleurs Section  
 CLASSE : 3  
 NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECMA  
 ADRESSE : cite ASECMA off

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : DIAW  
 Prénom : ISMAILA  
 Nationalité : SENEGALHISC Sexe :  F  M  
 Né(e) le : 22/05/1962 à : Lodges  
 Lieu et date de l'examen médical : AMS  
 Adresse : FANN Residence  
cite ASECMA Airport LSS Dakar off  
 Téléphone : 76409327 email : ndiaw@gnmail.com  
 Profession/activité : contrôleur section  
 Situation de famille : Mariée

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 : 18/05/2018 Lieu : AMS Nom du médecin : Dr Coree  
 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	X	
3		X
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11	X	
12		X
13		X

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		X
15		X
16		X
17	X	
18		X
19		X
20		X
21		X
22	X	
23		X
24		X
25		X

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  
03/12/2018

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 : DJAW

Prénoms : ISMAÏLA

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):  
Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 182 cm	(203) Poids 74 kg	(204) Yeux couleur Bleu	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 170 Diastolique: 110	(207) Pouls au repos 72	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	d		(218) Abdômen, hernie, foie, rate	d
(209) Cavité bucale, gorge, dents	d		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	d		(220) système génito-urinaire	d
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	d		(221) Système endocrinien, thyroïde	d
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	d		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	d
(213) Yeux - pupilles	d		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	d
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	d		(224) Examen neurologique- réflexes etc	d
(215) Poumons, thorax, seins	d		(225) Psychiatrie	d
(216) Cœur	d		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	d
(217) Système vasculaire	d		(227) Etat général	d

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Caractéristiques Aérien: 59 ans.

Acuité visuelle 3eaf. ; Nat III HTA suspendue RV. 2 mois; oph. III = 0

Taxe =  
Aide =  
Spent = mauc

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			
		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	Corrigée à			08	
Œil gauche sans correction	Corrigée à			05	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à			08	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm					
Œil droit				d	
Œil gauche				d	d
Vision binoculaire				d	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés			Non réalisé	Date	Nor mal
(238) ECG					Anor mal
(239) Audiogramme					
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G : D: mmHg					

DAKAR SENEGAL



**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				<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche					<input checked="" type="checkbox"/>
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Avis :	Nom :
<i>Tonyti</i>	
Signature	

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/>

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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

*Glycémie: 104 mg/dl*

(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 : *Bilan cardio. Bilan ophtalmo.*

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations : *Zonaft TNL, E. Ais.*

(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
<i>03-12-2017</i>	<b>Dr Patrick CORREA</b> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	