

 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

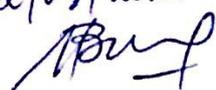
Nom : <u>HOUNOUNOU</u> Prénom : <u>BRICE JUDICAEL</u> Nationalité : <u>CONGOLAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>09/08/1975</u> à : <u>Brazzaville</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 05/03/2020</u> Adresse : <u>lot N°1 MEMO3</u> Téléphone : <u>77348556</u> email : <u>bricehounounou@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marie</u>	Activité(s) pratiques <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> 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 : 05/03/2020 Lieu : AMS Nom du médecin : Docteur 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 »			Répondez aux questions suivantes :		
	OUI	NON		OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>	22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		
12		<input checked="" type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 fausses déclarations 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
02/03/2021


Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :
DMD 111e = RLS.



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			<i>h</i>	
Œil gauche			<i>h</i>	
Vision binoculaire			<i>h</i>	
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <i>h</i>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <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>h</i>	
	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA
Nombre de tables présentées <i>h</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

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

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <i>h</i>	Oui <i>h</i>
Non <input 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)	Hémoglobine (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	<i>14</i> (g/dl)
		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations

Pat' exam ad'ligetain.

Apté classe 3 -> 38-03-2023

(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>02-03-2021</i>	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades 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 1 sur 2

NOM : HOUNOUNOU		Prénoms : BRICE JUNIOR		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 05/02/1975	Lieu de naissance : BRAZZAVILLE	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille : 180 cm	(203) Poids : 105 kg	(204) Yeux couleur : Vert - Vert	(205) Cheveux couleur : Blanc	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 110 Diastolique : 80	(207) Pouls au repos Pulsations : 80 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	x		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	x		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	x		(220) système génito-urinaire	
(211) Oreilles, tympans, compli- tympanique	x		(221) Système endocrinien, thyroïde	x
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuels	x		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	x
(213) Yeux - pupilles	x		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	x
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	x		(224) Examen neurologique- réflexes etc	x
(215) Poumons, thorax, seins	x		(225) Psychiatrie	x
(216) Cœur	x		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	x
(217) Système vasculaire	x		(227) Etat général	x

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
Catégorie Niveau 45 ans - Niveau 5 ans ; courd. => repr-
Tcbeu = 0 Aile = acc. III = Glucose - 850 mg x 2 / j

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		02-03 21	x	
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D: mmHg				

DI PATRICK DORREA
 3 AV DES AMBASSADES
 DAKAR SENEGAL