



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 : MBOW Prénoms : ALIOUNE Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 27/03/1974 Lieu de naissance : ABIDJAN

| | | | | | | | | |
|---|------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------|---|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 175 cm | (203) Poids 60 kg | (204) Yeux couleur Noir | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) | | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | Systolique 110 | Diastolique 85 | Pulsations 70 | 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 | / | | (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 | | X | (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
 212-221 : Epiphthalmie bilatérale / maladie de Basedow traitée par Thyroxine 5mg (4x/d). Par ailleurs, diabète avec au moins 10 ans d'évolution, diabète, diabète, diabète

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------|------------|-----------------|-----|------------------|
| Œil droit sans correction | 8/10 | Corrigée à | | | Lunettes/Contact |
| Œil gauche sans correction | 8/10 | Corrigée à | | | |
| Vision binoculaire, sans correction | 8/10 | 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 réali sé | Date | Nor mal | Anor mal |
| (238) ECG | | | 06/06/2017 | X | |
| (239) Audiogramme | | | 06/06/2017 | X | |
| (240) Examen Ophtalmologique | | | 06/06/2017 | X | |
| (241) Examen ORL | | | | | |
| (242) Lipides sanguins | | | | | |
| (243) Fonctions respiratoires | | | | | |
| (320) Tonométrie G : | | | | | |
| D: mmHg | | | | | |

Dr Patrick CORREA
 3, Av. des Ambassadeurs
 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 | |
| | Oui | Non | Oui | Non |
| N5 lu à 30 - 50cm | | | | |
| Œil droit | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Œil gauche | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Oui Non

Type : réfraction Type : Sph Cylindre Axe Ajouter

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Fauroh* Nom : **Dr François Charles NDIAYE**
 Médecin Dakar
 Assistant
 3 Avenue
 Tél/Fax : 33 33 83 83 83 83
 Signature : *[Signature]*

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
 Nombre de tables présentées *10* Nombre d'erreurs *1*

(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'examinateur | 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
Glycémie: 89 mg/dl

| | | |
|--|--|--|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | (g/dl) |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | <i>117</i> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |

(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 :

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 <input type="checkbox"/> | Classe 2 <input type="checkbox"/> | Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|

(248) commentaires, limitations : *Contrôle ophtalmologie en régulation % Dr Buedoa - Apté classe 3 - 23-06-2023*

(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 : *07-06-2021* Nom et adresse du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**
 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL Cachet et signature : *[Signature]*
Dr Patrick CORREA
 Médecine Aeronautique
 MD/004/ANACS/DAT08
 DGAC N° 3651 FAA 00773