



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Ferroviaire  
 DEGRE : Conducteur Train de manœuvre  
 NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER  
 ADRESSE : Gare de Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>HDIAYE</u> Prénom : <u>PAPE SOULEYMANE</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>20/10/1990</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>A.N.S Dakar le 23/02/2021</u> Adresse : <u>DAKAM</u> Téléphone : <u>775608144</u> email : <u>souleyndiaye100@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Ingenieur</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	Activité(s) pratiques  Activités antérieures : <u>Pilote d'intervention à la direction de Secour et Plateforme de Services de la SONATEL</u>
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence ferroviaire ?  OUI  NON

Si OUI : Date :    /    /    Lieu :    Nom du médecin :   

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		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		<input checked="" type="checkbox"/>
15		<input checked="" type="checkbox"/>
16		<input checked="" type="checkbox"/>
17		<input checked="" type="checkbox"/>
18		<input checked="" type="checkbox"/>
19		<input checked="" type="checkbox"/>
20		<input checked="" type="checkbox"/>
21		<input checked="" type="checkbox"/>
22		<input checked="" type="checkbox"/>
23		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24		<input checked="" type="checkbox"/>
25		<input checked="" type="checkbox"/>

Déclaration du personnel ferroviaire : 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'autorité ferroviaire 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 l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire

le 23/02/2021

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



Assistance Médicale  
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision Intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	X			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			
N5 lu à 30 - 50cm				
Œil droit	✓			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			
<b>(232) Lunettes</b>		<b>(233) Lentilles de contact</b>		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>10</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(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 *%O2 = 98%*

Biologie	Hémoglobine: <i>14,5 g/dl</i>	Glycémie: <i>100 mg/dl</i>
----------	----------------------------------	-------------------------------

(248) commentaires, limitations :

(240) Examen Ophthalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				

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

Avis : *Apte*

Nom : **Dr François Charles NDIAYE**  
Médecin  
Dakar

Signature : *[Signature]*

(247 bis) Décision du médecin agréé

APTÉ pour le degré :  
 INAPTE pour le degré :  
 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	Degré 1	Degré 2	Degré 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Assistance Médicale  
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : **NDIAYE** Prénoms : **Pape Souleymane** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **20/10/1990**  
Lieu de naissance : **Dakar**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>166</b> cm	(203) Poids <b>70</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Normal</b>	(205) Cheveux couleur <b>Normal</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
	Systolique <b>117</b>	Diastolique <b>77</b>	Pulsations <b>56</b>	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	/		(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

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

Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

			Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	<b>3/10</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>9/10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10/10</b>	Corrigée à	

Glucose	Protéines	Sang	Autres				
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor	Anor mal
			(238) ECG		<b>23/02/2024</b>	<b>X</b>	
			(239) Audlogramme				



Assistance Médicale  
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(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