

 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 : PNC
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA
ADRESSE : Akmadou

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : Ba Prénom : Ibaimouma Nationalité : Sénégalaise Né(e) le : 25/11/1982 à : Dakar Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : 28/02/21 Adresse : 3 Avenue des Ambassadeurs, Résidence Téléphone : 775350447 email : mayba25@gmail.com Profession/activité : Pilote de ligne Situation de famille : célibataire	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 : 06/02/2019 Lieu : DAKAR Nom du médecin : DR Y. KADUK

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 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines	<input checked="" type="checkbox"/>	

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
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 testes 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

28/02/21



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

06 - 09 - y de - RAS (de*)
Aucun.



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 : Sa Prénoms : Abdelmouna Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 25/11/1982
Lieu de naissance : SAKAR

(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 <u>180</u> cm	(203) Poids <u>70</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Nan</u>	(205) Cheveux couleur <u>Nan</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>120</u> Diastolique <u>70</u>	(207) Pouls au repos Pulsations <u>65</u> 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	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Pne - An Sengal - 2 ans; Celib. 10 ans.
Plante: myxome - occasionnelle.
 Tabac =
 Alc =
 III =
 Spalt =

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	<u>10</u>			
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<u>9/10</u>			
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<u>10'</u>			
(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		
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>			
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<u>01-03</u> <u>21</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			<u>01-07</u> <u>21</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G:					



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 <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis :

Nom : **Dr Patrick CORREA**

Signature :

Stamp: **Dr Patrick CORREA**
 Médecin Généraliste
 DGAC N° 3857 - FAA 00773

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées Nombre d'erreurs

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

Remis pour une évaluation complémentaire

dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

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

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite	20	25	05	05	05	05
Oreille gauche	05	00	05	00	05	00

Libellé :

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

CPq: 109 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"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		15,8

Champ d'application du certificat	Classe 1 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------

(248) commentaires, limitations : **VDL. Part oculaire qd.** **Apte classe 2 -> 31-03-23**

(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 **01-03-21**

Dr Patrick CORREA
 3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL

Cachet et