



Assistance Médicale Sénégal

## FORMULAIRE

## DEMANDE EXAMEN MEDICAL

**TYPE DE PERSONNEL :** Superviseur COF  
**DÉGRE :** 1  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** SETER  
**ADRESSE :** Dakar

## Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : AMS Prénom : Cheikh Ahmadou Bamba Nationalité : Sénégalaise Né(e) le : 15/10/1986 à Dakar Lieu et date de l'examen médical : Adresse : Téléphone : 77-720-20-86 email : bambamar2002@yahoo.fr Profession/activité : Ingénieur Situation de famille : marié	Activité(s) pratiques  Activités antérieures :
--	--

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 proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ?  OUI  NON

## Questionnaires précis sur les réponses « OUI »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle	X	
2 Taux de cholestérol élevé	X	
3 Maladie respiratoire	X	
4 Maladies de l'estomac	X	
5 Maladies du foie	X	
6 Diabète	X	
7 Maladies rénales	X	
8 Maladies articulaires et du dos	X	
9 Maladie thyroïdienne	X	
10 Tumeur ou maladie cancéreuse	X	
11 Oeil : choc, maladies, troubles visuels	X	
12 Vertiges, pertes de connaissance	X	
13 Migraines	X	

## Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	X	
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	X	
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	X	
18 Êtes-vous un consommateur de tabac ?	X	
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	X	
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?	X	
21 Consommez-vous de l'alcool ?	X	
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	X	
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	X	
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
25 Autres		

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 testes en vigueur.

Date et signature du personnel ferroviaire

08/03/2021

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

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

NOM : ATMAR

Prénoms : Cheikh Ahmadou Bamba

Date de naissance  
(JJ/MM/AAAA): 15/03/1984  
Lieu de naissance : Dakar

(201) Catégorie d'examen  
 Initial  
 Prorogation  
 Renouvellement  
 Recours spécial

(202) Taille  
170 cm

(203) Poids  
65 kg

(204) Yeux couleur

(205) Cheveux couleur

(206) Tension artérielle (assis)  
mmHg

Systolique  
120

Diastolique  
80

Pulsations  
63

(207) Pouls au repos  
Rythme  
 irrégulier  
 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	9/10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10/10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10/10	Corrigée à		

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal
(238) ECG			
(239) Audiogramme			



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

✓			
---	--	--	--

Œil gauche

✓			
---	--	--	--

Vision binoculaire

✓			
---	--	--	--

N5 lu à 30 – 50cm

Oui	Non	Oui	Non
-----	-----	-----	-----

Œil droit

✓			
---	--	--	--

Œil gauche

✓			
---	--	--	--

Vision binoculaire

✓			
---	--	--	--

**(232) Lunettes**

**(233) Lentilles de contact**

Oui  Non

Oui  Non

Type :

Type :

réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

**(313) Perception des couleurs**

Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques

Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées

Nombre d'erreurs

**(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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

**(236) Fonction respiratoire**

$\text{SpO}_2 = 99\%$

Biologie	Hémoglobine: 15 g/dL	Glycémie: 91 mg/dL
----------	-------------------------	-----------------------

**(248) commentaires, limitations :**

(240) Examen

Ophtalmologique

(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 :

Nom : Dr François Charles NDIAYE  
Médecin Dakar

Signature :

**(247 bis) Décision du médecin agréé**

APTE 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 <input type="checkbox"/>	Degré 2 <input type="checkbox"/>	Degré 3 <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------



Assistance Médicale  
Sénégal

## FORMULAIRE

### RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(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