 Assistance Médicale Sénégal	FORMULAIRE
	DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Superviseur COF
DEGRE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER
ADRESSE : District de Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>AMAR</u> Prénom : <u>Cherif Ahmadou Bamba</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>15/03/1984</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : Téléphone : <u>77 720 2086</u> email : <u>bambamar2002@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>Ingenieur</u> Situation de famille : <u>marie</u>	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 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	Troubles du sommeil		
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 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

08/03/2021


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



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : AMAR

Prénoms : Cheikh Amadou Bamba

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

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 170 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 120	Diastolique 80	Pulsations 69	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, tympons, 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 ☐

Toxicologie : 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 0	Protéines 0	Sang 0	Autres		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG					
(239) Audiogramme					



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision Intermédiaire

Sans correction Avec correction

N14 lu à 100cm

Oeil droit

✓

Oeil gauche

✓

Vision binoculaire

✓

N5 lu à 30 - 50cm

Oui

Non

Oui

Non

Oeil droit

✓

Oeil gauche

✓

Vision binoculaire

✓

(232) Lunettes

Oui ☐

Non ☒

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☒

Type :

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Type ISHIIHARA

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'examineur

Oui ☒
Non ☐

Oui ☒
Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille
droite

Oreille
gauche

(236) Fonction respiratoire

Biologie

Hémoglobine:
15 g/dl

Glycémie:
91 mg/dl

(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

☐

Degré 2

☐

Degré 3

☐

(248) commentaires, limitations :



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