



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL :

DEGRE :

NOM DE L'EMPLOYEUR : Robert Baygane SARR

ADRESSE : 13, Foss Camer Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>SARR</u> Prénom : <u>Robert Baygane</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>25/08/1980</u> à : <u>Thies</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : <u>73, Foss Camer Dakar</u> Téléphone : <u>77-996-60-84</u> email : <u>monombote@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Planificateur</u> Situation de famille : <u>Célibataire</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		X
2		X
3		X
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X
13		X

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14		X
15	X	
16	X	
17		X
18		X
19		X
20		X
21	X	
22	X	
23		X
Pour les candidates :		
24		X
25		X

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 testés en vigueur.

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

Date et signature du personnel ferroviaire
21/04/2021

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 : **SARR** Prénoms : **Norbert Baygane** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **05/08/1980**
Lieu de naissance : **Thies**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 186 cm	(203) Poids 80 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
	Systolique 117	Diastolique 78	Pulsations 72	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	X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	X
(209) Cavité bucale, gorge, dents	X		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	X
(210) Nez, sinus	X		(220) système génito-urinaire	X
(211) Oreilles, tympans, compli- ance tympanique	X		(221) Système endocrinien, thyroïde	X
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	X		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	X
(213) Yeux - pupilles	X		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	X
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	X		(224) Examen neurologique- réflexes etc	X
(215) Poumons, thorax, seins	X		(225) Psychiatrie	X
(216) Cœur	X		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	X
(217) Système vasculaire	X		(227) Etat général	X

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
→ Cicatrice d'ostéomyélite du poignet gauche (Fracture en 2009)

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	Corrigée à	10/10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10/10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10/10

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			2/10/10	X	
(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				<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>	
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>	
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Type : VP			Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs	Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>
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'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	
Biologie	Hémoglobine: 14,6 g/dL - Glycémie: 101 mg/dL

(248) commentaires, limitations :
 Patient motivé, psychologique et stable avec plan de carrière et évolution sociale. Ne fume pas, ne boit pas.

(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 : *Toussaint*

Nom : Dr François Charles NDIAYE
 Médecin
 Dakar

Signature : *[Signature]*

Assistance Médicale
 1 Avenue des Ambassadeurs
 Cl/Fax: 33 94 26 71 - Senegal

(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 <input checked="" 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 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

21-04-2021.

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

