



Catalog

numérisation0015	1
numérisation0016	2
numérisation0013	3
numérisation0014	4



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire

Sans
correction

Avec correction

N14 lu à 100cm

Oui

Non

Oui

Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

N5 lu à 30 - 50cm

Oui

Non

Oui

Non

Œil droit

Œil 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

Nombre de tables présentées

Type ISHIIHARA

Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille
droiteOreille
gaucheTest de voix de conversation perçue à 2m le
dos tourné vers l'examineurOui ☐Non ☐Oui ☐Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						



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

03-03-2021

Nom et adresse du médecin agréé


Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Générale
MD0004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

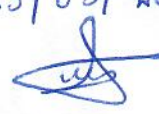




 Assistance Médicale Sénégal	FORMULAIRE
	DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Poste Catégorique
 DEGRE : 1
 NOM DE L'EMPLOYEUR : Setec
 ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>Sangare</u> Prénom : <u>ISSA</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>01/01/1997</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 23/03/2021</u> Adresse : <u>Sacré Cœur 2</u> Téléphone : <u>77-176-50-90</u> email : <u>Issa sangare 9730@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Electrotechnicien/Footballeur</u> Situation de famille :	Activité(s) pratiques Activités antérieures : <u>Football</u>																																																																																							
Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence ferroviaire ? <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON Si OUI : Date : ____/____/____ Lieu : _____ Nom du médecin : _____ Vous avez été déclaré : <input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> 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) ? <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON																																																																																								
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »	Répondez aux questions suivantes :																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2 Troubles cardiaques, hypertension artérielle</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3 Taux de cholestérol élevé</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4 Maladie respiratoire</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>5 Maladies de l'estomac</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6 Maladies du foie</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7 Diabète</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8 Maladies rénales</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9 Maladies articulaires et du dos</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10 Maladie thyroïdienne</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11 Tumeur ou maladie cancéreuse</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12 Œil : choc, maladies, troubles visuels</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13 Vertiges, pertes de connaissance</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14 Migraines</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :			2 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>	3 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>	4 Maladie respiratoire	<input checked="" type="checkbox"/>		5 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>	6 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>	7 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>	8 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>	9 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>	10 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>	11 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>	12 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>	13 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>	14 Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>14 Troubles du sommeil</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>18 Etes-vous un consommateur de tabac ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>20 Faites-vous usage de drogues illicites ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>21 Consommez-vous de l'alcool ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="3">Pour les candidates :</td></tr> <tr><td>24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>25 Autres</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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"/>	<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 ?		<input checked="" type="checkbox"/>	25 Autres		<input checked="" type="checkbox"/>
	OUI	NON																																																																																						
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :																																																																																								
2 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
3 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
4 Maladie respiratoire	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																							
5 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
6 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
7 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
8 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
9 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
10 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
11 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
12 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
13 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
14 Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
	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"/>	<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 ?		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
25 Autres		<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 <u>23/03/2021</u> 																																																																																								

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

3/ Asthme - Ventoline - Crises espacées -



FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : **SANGARE** Prénoms : **ISSA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **01/01/1997**
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 182 cm	(203) Poids 73 kg	(204) Yeux couleur Norron	(205) Cheveux couleur Nor	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 135	Diastolique 74		
						Pulsations 71	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input 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
Oeil droit sans correction	Corrigée à	10/10	
Oeil gauche sans correction	Corrigée à	10/10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10/10	

Glucose		Protéines		Sang		Autres	
Rapport annexés		Non réalisé		Date		Nor mal	
(238) ECG				23/03/2020		G 10	
(239) Audiogramme				23/03/2020		α	