



Catalog

numérisation0025	1
numérisation0026	2
numérisation0027	3
numérisation0028	4





Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Technicien signalisation
DEGRE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : SeTex
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>Fall</u> Prénom : <u>Mamadou</u> Nationalité : <u>Senegalais</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>11/09/1994</u> à : <u>Guinow Rails Nord</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS le 23-03-2021</u> Adresse : <u>Pikine Guinow Rails Nord</u> Téléphone : <u>77-0379309</u> email : <u>Modoufall1994@Gmail.com</u> Profession/activité : <u>électrotechnicien</u> Situation de famille : <u>Marie</u>	Activité(s) pratiques Activités antérieures : <u>électrotechnicien</u>
---	--

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		<input checked="" type="checkbox"/>
15		<input checked="" type="checkbox"/>
16		<input checked="" type="checkbox"/>
17		<input checked="" type="checkbox"/>
18		<input checked="" type="checkbox"/>
19		<input checked="" type="checkbox"/>
20		<input checked="" type="checkbox"/>
21		<input checked="" type="checkbox"/>
22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24		<input checked="" type="checkbox"/>
25		<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 testes 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

[Signature]
23-03-2021

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 : Fall		Prénoms : Mamadou		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 11-03-1994		Lieu de naissance :	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 183 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 135	Diastolique 83	Pulsations 75
					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
Œil droit sans correction		Corrigée à	10/10
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10/10
Vision binoculaire, sans		Corrigée	10/10

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	
Rapport annexés		Non réalisé	Date
(238) ECG			23/03/2014
(239) Audiogramme			03/04/14

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			10/10	
Œil gauche			10/10	
Vision binoculaire			10/10	

N5 lu à 30 – 50cm

	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			10/10	
Œil gauche			10/10	
Vision binoculaire			10/10	

(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

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						

(236) Fonction respiratoire

Biologie

Glycémie :
98 mg/dlHb 16,4
Creat. 12
SGOT : 41

(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

Degré 2

Degré 3

☒☐☐



 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

23 or ed1

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature


Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD1004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

