



## Catalog

numérisation0021 .....	1
numérisation0022 .....	2
numérisation0019 .....	3
numérisation0020 .....	4





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	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 <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs	Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA	10
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs	10

(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 type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire
Biologie
Glycémie : 106 mg/dl
Hb 13,6
Séer : 39.

(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 :
<i>F. Ndiaye</i> Apt.	Dr François Charles NDIAYE Médecin Dakar
Signature :	
<i>[Signature]</i>	

(247 bis) Décision du médecin agréé

<input checked="" type="checkbox"/> APTE pour le degré :
<input checked="" type="checkbox"/> INAPTE pour le degré :
<input type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

03-07-2021

Nom et adresse du médecin agréé

**Dr Patrick CORREA**  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

**Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aéronautique  
MD/004/ANACS/DTA/08  
DGAC N° 3057 - FAA 00779







Assistance Médicale Sénégal

## FORMULAIRE

## DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Spécialiste OA/OT/OH  
 DEGRE : .....  
 NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER  
 ADRESSE : .....

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>BA</u> Prénom : <u>Mariam</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>03/03/1985</u> à : <u>Matam</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>23/03/2011</u> <u>AMS</u> Adresse : <u>Parcelles Agraires 47 N 172</u> Téléphone : <u>77 221 1391</u> email : ..... Profession/activité : <u>Spécialiste OA/OT/OH</u> Situation de famille : <u>Célibataire sans enfant</u>		Activité(s) pratiques Activités antérieures : <u>Conducteur Trx</u> <u>Efface SN -</u> <u>Superviseur G.C. Vieux Bessou</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 »																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Répondez aux questions suivantes :</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>14</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>21</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>22</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>23</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>24</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>25</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	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"/>		23		<input checked="" type="checkbox"/>	24		<input checked="" type="checkbox"/>	25		<input checked="" type="checkbox"/>
	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"/>																																																																																	
23		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																
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 <u>Le 23/03/2011</u> 																																																																																		

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

22 : Port de photopray temporaire suite à une exposition à une substance nocive (coagulant béton) (Eilope)  
16 : Entorse du Genou N° au sport en 1988





Assistance Médicale  
Sénégal

# FORMULAIRE

## RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : <b>BA</b>		Prénoms : <b>Manafou</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>03/03/1985</b>		Lieu de naissance : <b>Matam</b>	
(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>175</b> cm	(203) Poids <b>70</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <b>126</b>	Diastolique <b>89</b>	Pulsations <b>71</b>
							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, 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	10/10	Corrigée à	10/10
Œil gauche sans correction	10/10	Corrigée à	10/10
Vision binoculaire, sans correction	10/10	Corrigée à	10/10

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal
(238)ECG		23/03/2024	X
(239) Audiogramme		23/03/2024	X