



Catalog

numérisation0031 .....	1
numérisation0032 .....	2
numérisation0033 .....	3





 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>		<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>		Date d'application : 10/09/2018	Page 1 sur 1

**TYPE DE PERSONNEL** : ..... PNC .....

**CLASSE** : ..... 02 .....

**NOM DE L'EMPLOYEUR** : .....

**ADRESSE** : ..... Mme Bème Tally .....

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <u>Dieng</u> Prénom : <u>Mame Dianra</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>26/05/1992</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS - 25/10/2021</u> Adresse : <u>Mme Bème Tally, 1621</u> Téléphone : <u>77-5514796</u> email : Profession/activité : <u>PNC</u> Situation de famille : <u>célibataire</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
---	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON

Si OUI : Date : 30/10/18 Lieu :

Nom du médecin : Dr Patrick Coléa

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 »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

	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"/>
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		

**Déclaration du personnel aéronautique** : 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'aéronautique 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 le conseil médical de l'aéronautique civile


Date et signature du personnel aéronautique

25/10/2021

[Signature]

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



 <p>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</p>	<p align="center"><b>FORMULAIRE</b></p>		<p align="center"><b>SN-SEC-MED-FORM-02-A</b></p>	
	<p align="center"><b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b></p>		<p align="center">Date d'application : 10/06/2017</p>	<p align="center">Page <b>1 sur 2</b></p>

NOM : <i>Dieng</i>		Prénoms : <i>Mame Diana</i>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <i>26/05/1992</i>		Lieu de naissance : <i>Dakar</i>	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
	<i>173</i> cm	<i>67</i> kg	<i>Noir</i>	<i>Noir</i>	Systolique <i>114</i>	Diastolique <i>73</i>	Pulsations <i>89</i> <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, 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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contac  
†

Œil droit sans correction	10/40	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10/40	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10/10	Corrigée à		


  

(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			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			26/09/2021	X	
(239) Audiogramme					
(240) Examen Ophtalmologique			22/03/2021	X	
(241) Examen ORL		.			
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					
D : mmHg					





 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>		<b>FORMULAIRE</b>				<b>SN-SEC-MED-FORM-02-A</b>			
		<b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b>				Date d'application : 10/06/2017		Page 2 sur 2	
(231) de près		Sans correction		Avec correction		(244) Divers (Sujet ?)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non	(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude			
Œil droit		10/10				Avis : <i>Favorable</i> Nom : <i>Dr François Charles NDIAYE</i> Médecin Dakar Signature : <i>[Signature]</i> Assistante Médicale 3 Avenue des Ambassadeurs Dakar, Sénégal			
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 type="checkbox"/>							
Type : réfraction    Sph    Cylindre    Axe    Ajouter		Type :							
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>				(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé			
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA				<input checked="" type="checkbox"/> APTE pour la classe : <input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe : <input type="checkbox"/> Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer : Le destinataire : Le motif :			
Nombre de tables présentées <i>10</i>		Nombre d'erreurs <i>0</i>							
(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		(237) Hémoglobine							
		<i>Glycémie: 1,01 g/l</i>							
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)					
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>					
(248) commentaires, limitations :									
						<i>Apte - classe 2 -&gt; 30-03-2023</i>			
(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					
<i>25-03-2021</i>		<b>Dr Patrick CORREA</b> <b>3, Av. des Ambassadeurs</b> <b>DAKAR SENEGAL</b>		<i>[Signature]</i> <b>Dr Patrick CORREA</b> Médecin Aérospatial MD1004/ANACSDTA/08 DGAC N° 3857 - FAA 00773					