



Catalog

numérisation0010	1
numérisation0011	2
numérisation0012	3



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

TYPE DE PERSONNEL : *Contrôleur*
CLASSE : *3*
NOM DE L'EMPLOYEUR : *ASECNA*
ADRESSE : *.....*

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <i>DD 20 UNHE K PON</i> Prénom : <i>Abdoule Romeo</i> Nationalité : <i>BENINOISE</i> Né(e) le : <i>18/02/1986</i> à : <i>HONVIE (BENIN)</i> Lieu et date de l'examen médical : <i>AT5 30/03/2021</i> Adresse : <i>.....</i> Téléphone : <i>.....</i> email : <i>do.dramel@yahoo.fr</i> Profession/activité : <i>Contrôleur de la circulation Aérienne</i> Situation de famille : <i>Marie</i>	Activité(s) pratiques <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 : <i>.....</i> Activités aériennes antérieures : <i>.....</i> Heures de vol : <i>.....</i>
---	--

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

Si OUI : Date : *29/04/2019* Lieu : *AT5* Nom du médecin : *Dr CORREA*

Vous avez été déclaré : Apté Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches 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 Oeil : 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	<input checked="" type="checkbox"/>	

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.

Toute 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

Patrice
30/03/2021

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

Perte Diab.

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

NOM : DDZOUNHEKPON		Prénoms : ADANDE RONED		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 18/02/1996		
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		(202) Taille 179 cm	(203) Poids 92 kg	(204) Yeux couleur MARRON	(205) Cheveux couleur NOIR	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 170 110
						(207) Pouls au repos Systolique 170 Diastolique 110 Pulsations 70 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	1		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	1		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	1		(220) système génito-urinaire	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	1		(221) Système endocrinien, thyroïde	1
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	1		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	1
(213) Yeux - pupilles	1		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	1
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	1		(224) Examen neurologique- réflexes etc	1
(215) Poumons, thorax, seins	1		(225) Psychiatrie	1
(216) Cœur	1		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	1
(217) Système vasculaire	1		(227) Etat général	1
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire <i>Controle au sein. 35 ans. Naït = 3-œufs. - Plaute. Rhinite. + Migraine. Tabac = 0. Alc = acc. II = 0. Spasme = 0.</i>				

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
t

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal

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

(230) Vision intermédiaire
Sans correction Avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	1			
Œil gauche	1			
Vision binoculaire	1			

(238) ECG	30-03-21	1
(239) Audiogramme	30-03-21	2
(240) Examen Ophtalmologique		
(241) Examen ORL		
(242) Lipides sanguins		
(243) Fonctions respiratoires		
(320) Tonométrie G : D : mmHg		

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE				SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL				Date d'application : 10/06/2017	Page 2 sur 2
(231) de près N5 lu à 30 – 50cm		Sans correction	Avec correction	(244) Divers (Sujet ?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		Oui	Non	Oui	Non	
Œil droit						
Œil gauche						
Vison binoculaire						
(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		Type : Sph Cylindre Axe Ajouter				
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>				
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA				
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs				
(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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>			
Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine				
		Séyenne : 98 mg/dl				
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"/>	12,3
(248) commentaires, limitations : EGG = HGA. + HTA. => INAP.						
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé						
Je soussigne 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	