




## Catalog

numérisation0010 .....	1
numérisation0011 .....	2
numérisation0012 .....	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 :** ..... *Contrôleur* .....  
**CLASSE :** ..... *3* .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ..... *ASECNA* .....  
**ADRESSE :** .....

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


Nom : <i>DOZOUNHEKPON</i> Prénom : <i>Adande Romeo</i> Nationalité : <i>BENINOISE</i> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <i>18/02/1986</i> à : <i>HONVIE (BENIN)</i> Lieu et date de l'examen médical : <i>ANS 30/03/2021</i> Adresse : Téléphone : _____ email : <i>dozdramel@yahoo.fr</i> Profession/activité : <i>Contrôleur de la Circulation Aérienne</i> Situation de famille : <i>Marie</i>	<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 ? <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI : Date : <i>29/04/2019</i> Lieu : <i>ANS</i> Nom du médecin : <i>Dr CORREA</i> Vous avez été déclaré : <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON																																																																																								
<b>Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »</b> <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>1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2 Taux de cholestérol élevé</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3 Maladie respiratoire</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4 Maladies de l'estomac</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5 Maladies du foie</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6 Diabète</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7 Maladies rénales</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8 Maladies articulaires et du dos</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9 Maladie thyroïdienne</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10 Tumeur ou maladie cancéreuse</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11 Œil : choc, maladies, troubles visuels</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12 Vertiges, pertes de connaissance</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13 Migraines</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td></td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Répondez aux questions suivantes :</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></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></td><td><input checked="" type="checkbox"/></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	1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :			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		<input checked="" type="checkbox"/>
	OUI	NON																																																																																						
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :																																																																																								
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		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
<b>Déclaration du personnel aéronautique :</b> 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 testés en vigueur. <b>Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile</b>																																																																																								
Date et signature du personnel aéronautique  <i>30/03/2021</i>																																																																																								

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

*Pere Diab.*





 <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 1 sur 2

NOM : <u>DOZOUNHEKPON</u>		Prénoms : <u>ADANDE ROTED</u>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <u>18/02/1986</u>		Lieu de naissance : <u>HONVIE (BENIN)</u>	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>179</u> cm	(203) Poids <u>92</u> kg	(204) Yeux couleur <u>MARRON</u>	(205) Cheveux couleur <u>NOIR</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : <u>170</u> Diastolique : <u>110</u>	(207) Pouls au repos Pulsations : <u>70</u> Rythme : <input checked="" type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier	

Examen clinique : Cochez chaque item		normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
Combien Aussen. 35 ans. Acuté = 3eafk. -  
Plaques - Rhinite + Angine. Tabac = 0 Ale = acc. III. 0 Spaul = 0.

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/Contact

Œil droit sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction		
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui Non
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>		
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>		
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>		

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG			<u>30-03-21</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
(239) Audiogramme			<u>30-03-21</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique				
(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>		FORMULAIRE				SN-SEC-MED-FORM-02-A											
		RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL				Date d'application : 10/06/2017		Page 2 sur 2									
(231) de près		Sans correction		Avec correction		(244) Divers (Sujet ?)											
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non												
Œil droit		1				(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude											
Œil gauche		2				Avis :											
Vison binoculaire		2				Nom :											
(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		Type : Cilindre Axe		Ajouter													
(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 type="checkbox"/> APTÉ pour la classe : <input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe : <input checked="" type="checkbox"/> Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer : <b>AAAA</b>											
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs				Le destinataire :											
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé		Oreille droite		Oreille gauche		Le motif :											
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"/>			Renvoi/Concertation											
Audiométrie éventuelle						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.											
Hz		500	1000	2000	3000	4000	6000	Décision n° ..... Du .....									
Oreille droite								Libellé :									
Oreille gauche								<table border="1"> <tr> <th>Champ d'application du certificat</th> <th>Classe 1</th> <th>Classe 2</th> <th>Classe 3</th> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine															
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 :																	
ECG = HGA. + HTA. ⇒ AAAA.																	
(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													