

 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	Page 1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL : Contrôleur Aérien
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : ASECNA BISSAU

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DOBONHEKPO</u> Prénom : <u>Romeo</u> Nationalité : <u>Béninoise</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>18/02/1986</u> à : <u>HONVIE (BENIN)</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>09/11/2021 / AMS</u> Adresse : <u>ASECNA BISSAU</u> <u>(+245) 956 313 477</u> Téléphone : <u>78 182 62 68</u> email : <u>dochamel@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marie</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☒ Autres précisez : <u>Circulation aérienne</u> Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>BISSAU</u> 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 : 31/03/2021 Lieu : AMS 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 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle	☒	
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire		☒
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒
13 Migraines		☒

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	☒	
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21	Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
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 testés 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

09/11/2021



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

Père Drab.

 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 : <u>DOZOUNHEK PON</u>		Prénoms : <u>Poméo</u>		Date de naissance <u>18/06/1986</u> (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance : <u>Hondie (BENIN)</u>	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>180</u> cm	(203) Poids <u>88</u> kg	(204) Yeux couleur <u>MARRON</u>	(205) Cheveux couleur <u>NOIR</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <u>130</u>	Diastolique <u>90</u>	Pulsations <u>80</u> Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Contrôle Aérien. 35 ans. Niveau 3 sur 5.

Reprise pour HTA Severe IIIe + HbA1c - HbG - d'ECG.

Talco = 9
Ale = 8
III = Hystéradu
Spant = 2 Hsta.

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	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<u>✓</u>			
Œil gauche	<u>✓</u>			
Vision binoculaire	<u>✓</u>			

Glucose <u>0</u>	Protéines <u>0</u>	Sang <u>0</u>	Autres	
---------------------	-----------------------	------------------	--------	--

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<u>09-11</u>	<u>✓</u>	
(239) Audiogramme				
(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 ?) ☐ ☐ ☐			
		Oui	Non	Oui	Non	(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude Avis :  Nom : 			
Œil droit Œil gauche Vision binoculaire		☒		☒					
(232) Lunettes Oui ☐ Non ☒		(233) Lentilles de contact Oui ☐ Non ☐							
Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter		Type : Axe Ajouter							
(313) Perception des couleurs		Normale ☐		Anormale ☐		(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé ☒ APTE pour la classe : ☐ INAPTE pour la classe : ☐ Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer : Le destinataire : Le motif : TDL 1 an			
Tables pseudo-isochromatiques Nombre de tables présentées		Type ISHIHARA 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		☒	☒						
Non ☐ Non ☐									
Audiométrie éventuelle									
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000			
Oreille droite									
Oreille gauche									
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine Glycémie: 98 mg/dl							
VEMS/CV % Normal ☐ Anormal ☐		Peak Flow (l/min) Normal ☐ Anormal ☐		(g/dl) Normal ☐ Anormal ☐					
(248) commentaires, limitations : BGA = RAS. Creat = 129. Bilan Biol → CT. 3,70 g/l, LDL = 2,68 g/l.									
(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 09-11-2021.		Nom et adresse du médecin agréé 				Cachet et signature 			