

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>3</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 <b>1 sur 1</b>

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

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

Nom : <u>DOUDOUN HEKPON</u> Prénom : <u>ADANJE ROMEO</u> Nationalité : <u>BENINOISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>18/02/1986</u> à : <u>HONNIE (BENIN)</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ATS LERINAKOLL</u> Adresse : <u>ASECNA GUINEE-BISSAU</u> Téléphone : <u>784521832</u> email : <u>DOURAMELE@YAHOO.FR</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR AERIEN</u> Situation de famille : <u>Marie</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 : <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 : 09/11/2022 Lieu : ATS 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		X
2	X	
3		X
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X
13		X

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		X
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?		X
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		X
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
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 testes en vigueur.  
 Toutes fausses déclarations priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique  
  
21/10/2022

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

HCA Suisse IIIe



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 : DOUDUNHEKTON Prénoms : ADANDE ROUËD Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 18/02/1986 Lieu de naissance : HOUAYE (BENIN)

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>180</u> cm	(203) Poids <u>85</u> kg	(204) Yeux couleur <u>brun</u>	(205) Cheveux couleur <u>brun</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <u>140</u>	Diastolique <u>80</u>	Pulsations <u>83</u>	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	<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)		
(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  
Contrôle examen 36 ans. Acuité 3 ex. / Vision DC fine syst. l'oeil. Tabac = 0  
HFA. puis huit IT = 30/02/2017. 1 an Alcool. III = 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			
		Corrigée à		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	<u>10</u>				
Œil gauche sans correction	<u>10</u>				
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>				
(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	Normal	Anormal
(238) ECG			<u>21-10-2017</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>14</u>
(239) Audiogramme					
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					



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	Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm	Oui	Non	Oui	Non

Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

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"/> 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
VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	(g/dl) 153
	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

*Handwritten: Hb = 126 mg/l*

(248) commentaires, limitations : CR = Néphro = Bact = HVC ⊕ + Hypo <sup>an</sup> + Hypo <sup>tan</sup> + Hypo <sup>clap</sup> + RU de 6 mois. Bilan HTA = RV de 3 mois. Apte TRL 3 mois → 3.1.01.2023

(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

28-10-2021.

Nom et adresse du médecin agréé

**Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aérospatiale  
MD/004/ANACS/DTA.08  
DGAC N°3857 - FAA-00773

Cachet et signature

**Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aérospatiale  
MD/004/ANACS/DTA/08  
DGAC N°3857 - FAA-00773

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : *Excellente coopération*

Nom :

Signature : *[Signature]*

(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 : *Nephrologue*

Le motif : *cratérien 17.5/18*

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	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page <b>1 sur 1</b>

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input checked="" type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **MD 004 ANACS DT 08**

Certifie que M : **ADANDE ROMEO DOZOUNHEKPON**

Né(e) le : **18/02/86** à **HONVIE (BENIN)**... Age : ... **36 ANS**.....

Demeurant : ...**ASECNA GUINEE**.....

REPOND ..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **21/10/22**

Limite de validité : **31/01/23** Durée de validité : ... **3 MOIS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



*Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.*

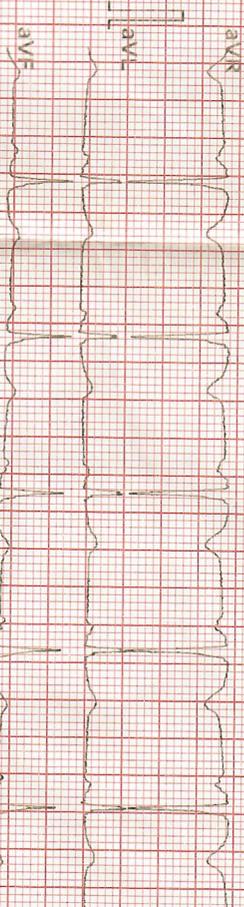
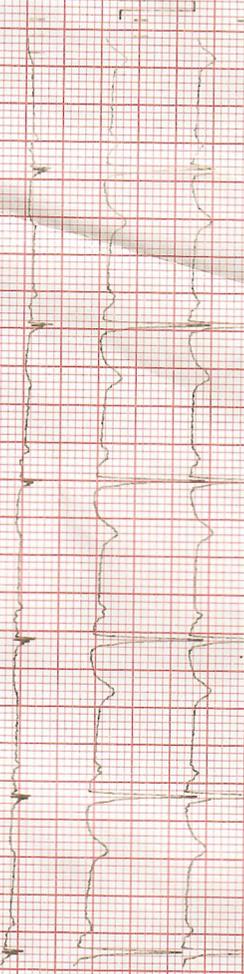
*Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.*

911-08-501 DIAG 3032 PW 4750000  
AUI

Age 0 Sexo Masculin 21/10/2022 09:37:22 Medicin CORREA

25mm/s  
10mm/mV  
9911 APPS 155

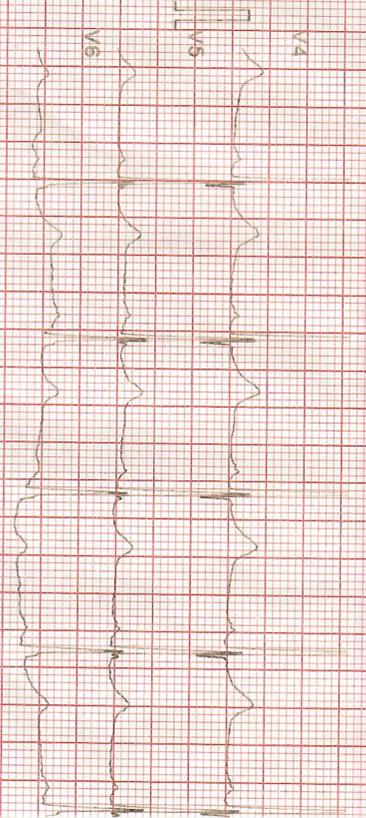
HR = 74



HR = 74



HR = 71



[mV]	P	Q	R	S	T	S	ST	ST
I	105	-43	1498	-	-	-	320	104
II	119	-	1472	-	-	-	320	104
III	72	-	145	-	-	-	320	104
aVR	46	-	110	-	-	-	320	104
aVL	87	-	110	-	-	-	320	104
aVF	87	-	110	-	-	-	320	104
V1	61	-	110	-	-	-	320	104
V2	71	-	110	-	-	-	320	104
V3	81	-	110	-	-	-	320	104
V4	91	-	110	-	-	-	320	104
V5	91	-	110	-	-	-	320	104
V6	75	-	110	-	-	-	320	104

SE 72 /min  
 RR 856 ms  
 P 98 ms  
 QRS 104 ms  
 QT 146 ms  
 QTc 382 ms  
 axis P 477 ms  
 axis QRS 377  
 axis T 151

HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE-QUEES AMPL OR  
 POSSIBILITE D'HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE DROITE  
 ECG A LA LIMITE DE L'ANORMAL  
 RYTHME SINUSAL