

**FORMULAIRE****DEMANDE EXAMEN MEDICAL**

Assistance Médicale Sénégal

TYPE DE PERSONNEL :**DEGRE :****NOM DE L'EMPLOYEUR :** *SETER***ADRESSE :****Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire**

Nom : <i>DIALLO</i>	Activité(s) pratiques
Prénom : <i>OUMAR</i>	
Nationalité : <i>SENEGALAISÉ</i>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Né(e) le : <i>13/07/1977</i>	à : <i>DAKAR</i>
Lieu et date de l'examen médical : <i>08/04/2021</i>	
Adresse : <i>Piles Assaumis VIQ N°482</i>	Activités antérieures : <i>Qualité / Maintenance.</i>
Téléphone : <i>773809898</i>	
email : <i>diallo.9m@gmail.com</i>	
Profession/activité : <i>Management</i>	
Situation de famille : <i>Marie</i>	

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

Si OUI : Date : _____ Lieu : _____ Nom du médecin :

Vous avez été déclaré : Apte InapteAntécédents 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 Êtes-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 ?			
25 Autres			

Déclaration du personnel ferroviaire : 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'autorité ferroviaire civile, dans le respect du secret médical, conformément aux tests en vigueur.

Date et signature du personnel ferroviaire

08/04/2021
Cy
Opus

Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :*AGS 7: Brûlure rhumac. Bras. C. → RAS.*



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : DIALLO	Prénoms : Oumar	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 13/07/1977							
		Lieu de naissance : DAKAR							
(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 176 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur Nai	(205) Cheveux couleur Nao	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 110	(207) Pouls au repos Systolique 70	Diastolique 70	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			(218) Abdomen, hernie, foie, rate		
(209) Cavité bucale, gorge, dents			(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus			(220) système génito-urinaire		
(211) Oreilles, tympans, 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		<i>d.</i>
(217) Système vasculaire			(227) Etat général		

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

TABAC: 0

44 ans. Nai - 2 g œuf t. Uca = PAS, pg et ecg + Pco = PAS

ALCOOL: 0

Plante = PAS

MDT: 0

Cécité bilatéral bras & tête = PAS

SPORT: 0

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine

Normale anormale

Toxique: 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	

Rapport annexés

*08-04
-01*

d.

(238) ECG

(239) Audiogramme

*08-04
-01*

d.

Œil droit sans correction	<i>14</i>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<i>16</i>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans	<i>10</i>	Corrigée à		



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire

Sans correction
Avec correction

N14 lu à 100cm

Oui	Non	Oui	Non
-----	-----	-----	-----

Œil droit

<i>1</i>			
----------	--	--	--

Œil gauche

<i>1</i>			
----------	--	--	--

Vision binoculaire

<i>1</i>			
----------	--	--	--

N5 lu à 30 - 50cm

Oui	Non	Oui	Non
-----	-----	-----	-----

Œil droit

<i>1</i>			
----------	--	--	--

Œil gauche

<i>1</i>			
----------	--	--	--

Vision binoculaire

<i>1</i>			
----------	--	--	--

(232) Lunettes

(233) Lentilles de contact

Oui

Non *✓*

Oui

Non

Type :

Type :

réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
<i>0.0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>0.0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	

(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 <i>✓</i>	Oui <i>✓</i>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

Biologie	Hémoglobine: <i>15.9 g/dL</i>	Glycémie: <i>110 mg/dL</i>
----------	-------------------------------	----------------------------

(248) commentaires, limitations :

(240) Examen
Ophtalmologique

(241) Examen ORL

(242) Lipides
sanguins

(243) Fonctions
respiratoires

(320) Tonométrie G :

D : mmHg

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

Avis :

Wf

Nom :

Signature :

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

(247 bis) Décision du médecin agréé

APTE pour le degré :

INAPTE pour le degré :

Remis pour une évaluation complémentaire

dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

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

Afli deg 1



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(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

08-04-01

Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature


Dr. Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
Médical Exams/FAA/08
DUCAC N° 3857 - FAA 00773