



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL :

DEGRE :

NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>DIALLO</u>	Activité(s) pratiques Activités antérieures : <u>Qualité / Niveau</u>
Prénom : <u>OUMAR</u>	
Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	
Né(e) le : <u>13/07/1977</u> à : <u>DAKAR</u>	
Lieu et date de l'examen médical : <u>08/04/2021</u>	
Adresse : <u>Pile Assamiss vi 2 n° 482</u>	
Téléphone : <u>773809898</u> email : <u>diallo gmao@gmail.com</u>	
Profession/activité : <u>Management</u>	
Situation de famille : <u>Marie</u>	

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 ☐ 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	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 ?		
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 textes en vigueur.

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

Date et signature du personnel ferroviaire

08/04/21

[Signature]

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

23 = Brûlure thermique - Bras G. → 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 Nai	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 110 Diastolique 70	(207) Pouls au repos 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	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire			(227) Etat général	

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

TABAC : 0
ALCOOL : 0
MDT : 0
SPORT : 0

44 ans. Marié - 2 g g enfant. Yca = RAS, projet éco + Pen-
Plants = RAS
Cercatium bucheur bras & Ant-bras Gauche = RAS

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)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)			Lunettes/Contact		Glucose	Protéines	Sang	Autres				
Œil droit sans correction	10	Corrigée à			0	0	0	Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à						(238) ECG		08-04-21	α	
Vision binoculaire, sans	10	Corrigée à						(239) Audiogramme		08-04-21	α	



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	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			
N5 lu à 30 - 50cm				
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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(313) Perception des couleurs

Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/>

(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

Biologie	Hémoglobine: 15 g/dl	Glycémie: 110 mg/dl
----------	----------------------	---------------------

(248) commentaires, limitations :

(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				

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

Avis :	Nom :
<input checked="" type="checkbox"/>	
Signature :	
 Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N° 3357 - 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"/>

Apte degré 1

 Assistance Médicale Sénégal	FORMULAIRE
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(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

08-04-21

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

 **Patrick CORREA**
 Médecine Aéronautique
 DTA/08
 DSAC N° 1857 - FAA 00773