

 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 : Dakar - YORF

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>BALDE</u> Prénom : <u>SALIMATOU</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>13/08/1981</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>16/05/2023 à FANN</u> Adresse : <u>NGOR - Almadies zone de base - ment lot 327</u> Téléphone : <u>77-563 7171</u> email : Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Mariée</u>	Activité(s) pratiques <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 ? OUI NON

Si OUI : Date : ___/___/___ Lieu : _____ Nom du médecin : Correa

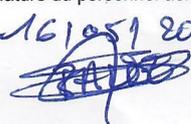
Vous avez été déclaré : Apte Inapte

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 »			Répondez aux questions suivantes :		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"/>		
	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 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 fausse déclaration 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 : 16/05/2023


Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :
Neck Consultation Neurologue - pau - Lombosciatique => petite Henni articulaire mte -



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 : *BARBE* Prénoms : *Salimataou* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *13/08/1981*
Lieu de naissance : *Dakar*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>165</i> cm	(203) Poids <i>70</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Neus</i>	(205) Cheveux couleur <i>Neus</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>117</i>	Diastolique <i>80</i>		
						Pulsations <i>73</i>	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	<i>1</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>1</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>1</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>1</i>		(220) système génito-urinaire	<i>1</i>
(211) Oreilles, tympans, compli- ance tympanique	<i>1</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>1</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>1</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>1</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>1</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>1</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>1</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>1</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>1</i>		(225) Psychiatrie	<i>1</i>
(216) Cœur	<i>1</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>1</i>
(217) Système vasculaire	<i>1</i>		(227) Etat général	<i>1</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Contrôle de vue. Lu sans. Avec lunettes. Baisse motivation en sport.

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			
		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	Corrigée à <i>10</i>			<i>1</i>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à <i>9</i>			<i>1</i>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à <i>10</i>			<i>1</i>	
(230) Vision intermédiaire					
N14 lu à 100cm					
Œil droit				<i>1</i>	
Œil gauche				<i>1</i>	
Vision binoculaire				<i>1</i>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
Rapport annexés		Non réali- sé	Date	Nor- mal	Anor- mal
			<i>16-05 2017</i>	<i>1</i>	
			<i>16-05 2017</i>	<i>1</i>	
(238) ECG					
(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"/>	
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Type :			Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :
<i>Apté</i>	
	Signature :

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

APTE pour la classe :
 INAPTE pour la classe :

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisés

Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Le destinataire :
Le motif :

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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.

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine *12,3*

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		<i>12,3</i>

Décision n° Du

Libellé :	Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(248) commentaires, limitations :
Cat Council d'âge. Surveillance Hémé discali.

Apté classe 3 -> 31-05-2024

(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
16-05-2013

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassadeurs
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

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

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 : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **SALIMATOU BALDE**

Né(e) le : **13/08/81** à DAKAR... Age : **... 41 ANS.....**

Demeurant : **NGOR ALMADIES ZONE DE RECASEMENT LOT 327.....**

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 : **16/05/23**

Limite de validité : **31/05/24** Durée de validité : **... 1 AN.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet

(Signature)
Dr Patrick CORREA
 Médecine Aéronautique
SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-80773

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.