

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

**TYPE DE PERSONNEL :** Contrôleur Aérien  
**CLASSE :** .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ASECNA  
**ADRESSE :** Cité Asecna DIASS-AT 80

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

Nom : <u>JAMB</u> Prénom : <u>Ibrahima</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Né(e) le : <u>15/09/1988</u> à : <u>SAHRA</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>11.05.2021 AMS</u> Adresse : <u>Cité Asecna AIBD - DIASS</u> Téléphone : <u>77-5061172</u> email : <u>ibrahima48@gmail.com</u> Profession/activité : <u>contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marié</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 : 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 : 30/04/2019 Lieu : AMS Nom du médecin : DR. CORDEA  
 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	OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>	14	<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>	15	<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>	17	<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>	18	<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>	19	<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>	20	<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>	21	<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>	22	<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>	23	<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>	24	<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>	25	<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>	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  
le 11.05.2021  


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



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 : SAMB Prénoms : Jbrahima Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 15/09/1988  
Lieu de naissance : DAKAR

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>193</u> cm	(203) Poids <u>72</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Nau</u>	(205) Cheveux couleur <u>Nau</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <u>120</u>	Diastolique <u>70</u>		
					Pulsations <u>70</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	<u>α</u>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<u>α</u>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<u>α</u>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<u>α</u>		(220) système génito-urinaire	<u>α</u>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<u>α</u>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<u>α</u>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<u>α</u>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<u>α</u>
(213) Yeux - pupilles	<u>α</u>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<u>α</u>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<u>α</u>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<u>α</u>
(215) Poumons, thorax, seins	<u>α</u>		(225) Psychiatrie	<u>α</u>
(216) Cœur	<u>α</u>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<u>α</u>
(217) Système vasculaire	<u>α</u>		(227) Etat général	<u>α</u>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
Quelques yeux - 32 ans - -  
Nau - E etc -  
Spait = 0  
Tabac = 0  
Alc = 0  
III = 0

Acuté 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
--	--	------------------

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

Œil droit sans correction	Corrigée à	<u>10</u>
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<u>10</u>
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<u>10</u>

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
-----------------	-------------	------	--------	---------

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<u>α</u>	
Œil gauche			<u>α</u>	
Vison binoculaire			<u>α</u>	

(238) ECG	<u>11-05-21 α</u>
(239) Audiogramme	<u>11-05-21 α</u>
(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		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				✓	
Œil gauche				✓	
Vison binoculaire				✓	
(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	

(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>AK</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i>
	Signature
	Medecine Générale
	MD/004/ANAC/SIDA/08
	DCAC N° 3857 - FAA 00773

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>10</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine *Glycémie: 112 mg/dl*

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 checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		<i>14.3</i>

(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 :

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"/>

(248) commentaires, limitations : *Paul. Veru adlyt* *Mli classe 3. -> 11-05-2015*

(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 <i>11-05-2015</i>	Nom et adresse du médecin agréé <b>Dr Patrick CORREA</b> 3, Av. des Ambassades DAKAR	Cachet et signature <i>Dr Patrick CORREA</i> Medecine Générale MD/004/ANAC/SIDA/08 DCAC N° 3857 - FAA 00773
---	---	---