



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Régulateur de Trafic
DEGRE : _____

NOM DE L'EMPLOYEUR : S.F.T.F.R.

ADRESSE : S.M.R. Calabane Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>NDIAYE</u> Prénom : <u>Amadou Mar</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>13/04/1979</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>20/05/2021 à</u> Adresse : <u>AMS Sénégal</u> <u>Quartier Léona (Valdo) Rufisque</u> Téléphone : <u>772442339</u> email : <u>amadoumarmdiaye</u> Profession/activité : <u>Ing Télécoms @ yahoo.fr</u> Situation de famille : <u>Marie</u>	Activité(s) pratiques : Activités antérieures :
--	--

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 »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire		☒
4 Maladies de l'estomac	☒	
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒
13 Migraines		☒

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		☒
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	☒	
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21 Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	☒	
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
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 testés 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

20/05/2021

[Signature]

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) : 4, 16 et 22

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : Familiaux : Asthme
(4) Calypsothérapie fonctionnelle
16 - Traumatisme crânien - C. ch. (C. 015) = RAS + D. 4
(2) Simulateur chir.
2 guill.



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : NDIAYE		Prénoms : Amadou Mar		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 13/04/1979		Lieu de naissance : De Kar	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 179 cm	(203) Poids 54 kg	(204) Yeux couleur Alun	(205) Cheveux couleur Blanc	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 100 Diastolique : 80		(207) Pouls au repos Pulsations : 70 Rythme : ☒ 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	☒	
(217) Système vasculaire	☒		(227) Etat général	☒	

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

*Malade féminine de caunt en 2018. 42 ans.
Mauvaise santé;*

TABAC : 0
ALCOOL : 0
MDT : 0
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	
Œil droit sans correction		Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10	

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			20-01-21	☒	
(239) Audiogramme			20-01-21	☒	



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				☒	
Œil gauche				☒	
Vision binoculaire				☒	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit					
Œil gauche					
Vision binoculaire					
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui ☒ Non ☐		Oui ☐ Non ☐			
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 ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000 6000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire					
Biologie	Hémoglobine: 14 g/dl		Glycémie: 113 mg/dl		
(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 :		Nom :		
(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 ☐	



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

26-05-2021

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

