

 <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 <b>1 sur 1</b>

**TYPE DE PERSONNEL** : Contrôleur aérien  
**CLASSE** : Classe 3  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ASECNA  
**ADRESSE** : 006 Faus Kem Namar

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

Nom : <u>MBAYE</u> Prénom : <u>Aminata</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Né(e) le : <u>20/06/1980</u> à : <u>LIBREVILLE (GABON)</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : <u>006 Faus Kem Namar</u> Téléphone : <u>77 681 28 70</u> email : Profession/activité : <u>CONTRÔLEUR AERIEN</u> Situation de famille : <u>MARIEE</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 : 07/2019 Lieu : Nom du médecin : Aicha Omar Ba (HMO)  
 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		X
2		X
3		X
4	X	
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12	X	
13		X

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

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

10-06-2021

*Mbaye*

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 12 : Vertige lors de station debout prolongée (Fatigue)



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

365

NOM : <b>MBAYE</b>		Prénoms : <b>Aminata</b>		Date de naissance <b>20-06-1980</b> (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance : <b>Libreville (Gabon)</b>	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>165</b> cm	(203) Poids <b>73</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <b>138</b>	Diastolique <b>91</b>	Pulsations <b>86</b>
							Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input 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	/
(217) Système vasculaire	/		(227) Etat général	/

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

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

Œil droit sans correction	<b>12/10</b>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<b>10/10</b>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<b>10/10</b>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<b>X</b>		<b>X</b>	
Œil gauche	<b>X</b>		<b>X</b>	
Vison binoculaire	<b>X</b>		<b>X</b>	

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

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<b>10/06/17</b>		<b>X</b>
(239) Audiogramme				
(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		X			
Œil gauche		X			
Vison binoculaire		X			
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/>		Non <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 :
	Dr François Charles NDIAYE Médecin Dakar
	Signature :

(313) Perception des couleurs	Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---	-----------------------------------

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

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 10	Nombre d'erreurs 0

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

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

Le destinataire :

Le motif :

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

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.

Décision n° ..... Du .....

Libellé :

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Glycémie: 86 mg/dl	
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	11 (g/dl)	

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

(248) commentaires, limitations : *Sujet de 49 ans, mariage récent, motivé sans enfants et stable psychologiquement. Les épisodes de vertiges signalés semblent être dus à la fatigue.*

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
--------------------	---------------------------------	---------------------