



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Planificateur
DEGRE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>BRITO</u> Prénom : <u>Antonio Martin</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>25 / 01 / 1995</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>Assistance Médicale Sénégal-03/06/21</u> Adresse : <u>7081 Sicap MORMOZ</u> Téléphone : <u>774044433</u> email : <u>toniomartin@gmail.com</u> Profession/activité : <u>chargé Planification et statistiques</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	Activité(s) pratiques Activités antérieures : <u>chargé clientèle</u> <u>Pilote de Flux</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 »			Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON	
	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON	14	Troubles du sommeil		X
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		X	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
2	Taux de cholestérol élevé		X	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
3	Maladie respiratoire		X	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
4	Maladies de l'estomac		X	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	X	
5	Maladies du foie		X	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
6	Diabète		X	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
7	Maladies rénales		X	21	Consommez-vous de l'alcool ?	X	
8	Maladies articulaires et du dos		X	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	X	
9	Maladie thyroïdienne		X	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		X	Pour les candidates :			
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	X		24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		X
12	Vertiges, pertes de connaissance		X	25	Autres		X
13	Migraines	X					

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 testes en vigueur.

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

Date et signature du personnel ferroviaire
le 03 juin 2021

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :
Frère - As thuciaty - M- AV Lamin.



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : BRITO Prénoms : Antonio Martin Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 25/01/1995 Lieu de naissance : Dakar

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 193 cm	(203) Poids 56 kg	(204) Yeux couleur No	(205) Cheveux couleur No	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique Diastolique 110 60	(207) Pouls au repos Pulsations Rythme 69 <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier
---	------------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------------	--	---

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	Anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	d		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	d		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	d		(220) système génito-urinaire	d
(211) Oreilles, tympan, compli- ance tympanique	d		(221) Système endocrinien, thyroïde	d
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	d		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	d
(213) Yeux - pupilles	d		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	d
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	d		(224) Examen neurologique- réflexes etc	d
(215) Poumons, thorax, seins	d		(225) Psychiatrie	d
(216) Cœur	d		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	d
(217) Système vasculaire	d		(227) Etat général	d

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

Project Pleural et main. Nourriture. Eau. Ne pas manger
 TABAC: 05/8. Pluie = 0
 ALCOOL: occ.

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale anormale

MDT: 0

Toxique: 0

(229) (de loin à 5m/6m de l'œil) (de près à 25cm de l'œil)

		Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	10	Corrigée à
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Nor mal
(238) ECG			09/06/21	d.
(239) Audiogramme			03/06/21	d.



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			
N5 lu à 30 - 50cm				
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 type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées 20 Nombre d'erreurs 0

(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 : 14,3 g/dL	Glycémie : 101 mg/dL
----------	-------------------------	----------------------

(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 : **Dr Patrick CORREA**

Signature :

W/0004/AMC/S/D/TA/08
DGAC N° 3857 - 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 <input checked="" type="checkbox"/>	Degré 2 <input type="checkbox"/>	Degré 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------

(248) commentaires, limitations :

Apte Degré 1 → 03-06-2024

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

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

03-06-2021

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD1004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773