



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 : ASECMA  
ADRESSE : Cité ASECMA VOK

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>THIONE</u> Prénom : <u>MOUSTAPHA</u> Nationalité : <u>SENEGALAIS</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>22/03/1978</u> à : <u>Saint-Louis</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>le 17/06/2018 AOS</u> Adresse : <u>Cité ASECMA VOK</u> Téléphone : <u>77-792-96-05</u> email : <u>Thione.moustapha@asecma.sn</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 : 10/07/2019 Lieu : HNO Nom du médecin : Dr Aissata O. BA MDIAYE  
 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 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		X
2 Taux de cholestérol élevé		X
3 Maladie respiratoire		X
4 Maladies de l'estomac		X
5 Maladies du foie		X
6 Diabète		X
7 Maladies rénales		X
8 Maladies articulaires et du dos	X	
9 Maladie thyroïdienne		X
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		X
12 Vertiges, pertes de connaissance		X
13 Migraines		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 ?		X
25 Autres		X

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 entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

17/06/2018

Thione

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

8 - Mal' ruminé par Rhumel - par de caradum d'uy - RAS  
20 - 16 - Harni d'icel - III - Kine



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 : *THOUMÉ* Prénoms : *HOUSTARHA* Date de naissance : *28/03/1978*  
(JJ/MM/AAAA): *Saint-Denis*  
Lieu de naissance : *Saint-Denis*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input checked="" type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>190</i> cm	(203) Poids <i>68</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Nau</i>	(205) Cheveux couleur <i>Nau</i>	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos	
					mmHg			
					Systolique <i>110</i>	Diastolique <i>70</i>	Pulsations <i>59</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>✓</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>✓</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>✓</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>✓</i>		(220) système génito-urinaire	<i>✓</i>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<i>✓</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>✓</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>✓</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>✓</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>✓</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>✓</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>✓</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>✓</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>✓</i>		(225) Psychiatrie	<i>✓</i>
(216) Cœur	<i>✓</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>✓</i>
(217) Système vasculaire	<i>✓</i>		(227) Etat général	<i>✓</i>

(228) Notes: Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
*Catarrhe Aërrien h3ans. Naud = 3 emf. Tabac = 0 Ale = 0 III = 0 3rd ans*  
*Plante = Lambalgi elq = RAS. mat = lomboscaultalgies épisodiques*

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (235) Analyse d'urine Normale *✓* anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

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

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<i>✓</i>			
Œil gauche	<i>✓</i>			
Vision binoculaire	<i>✓</i>			

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

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<i>17-06-21</i>	<i>✓</i>	
(239) Audiogramme		<i>17-06-21</i>	<i>✓</i>	
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				

DAKAR SENEGAL  
3. Av. des Ambassadeurs  
D. Patrick CORREA



**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 type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Type : réfraction		Type : Sph		Ajouter	
		Cylindre		Axe	

(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>Apte</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i>



(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 *15* Nombre d'erreurs *0*

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

Oreille droite	Oreille gauche
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <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 *85 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"/>	<i>15,5</i> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

(248) commentaires, limitations : *Apte classe 3 -> 31-07-2023*

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
<i>17-06-2011</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> <i>3, Av. des Ambassades</i> <i>DAKAR SENEGAL</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> <i>Médecin Généraliste</i> <i>DGAC N° 3857 - FAA 00773</i>