





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 : **SALL** Prénoms : **ABABACAR** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **18/02/1959**  
Lieu de naissance : **SAINT-LOUIS**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>186</b> cm	(203) Poids <b>85</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noire</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>120</b> Diastolique <b>70</b> Pulsations <b>96</b>	(207) Pouls au repos 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	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compli- ance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**Stabilité de G3 us, marie, 3 enfants, régime sain, sportif, Tabac=0, Alcool=0, a bon état général, mesure**

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	Corrigée à	Lunettes/Contact		Glucose	Protéines	Sang	Autres		
		<b>10/100</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<b>10/100</b>		Rapport annexés		Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<b>10/100</b>		(238) ECG			<b>26/04/2022</b>		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction		(239) Audiogramme			<b>26/04/2022</b>		
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	(240) Examen Ophtalmologique					
Œil droit			<b>+</b>	(241) Examen ORL					
Œil gauche			<b>+</b>	(242) Lipides sanguins					
Vison binoculaire			<b>+</b>	(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) <b>de près</b>		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				<i>f</i>	
Œil gauche				<i>f</i>	
Vison binoculaire					
(232) <b>Lunettes</b>			(233) <b>Lentilles de contact</b>		
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 :
	Signature :

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale

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

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

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreille droite	Oreille gauche

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**

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 type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(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 :

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

(248) **commentaires, limitations :**

(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
--------------------	---------------------------------	---------------------