



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 : PILOTE DE LIGNE
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|---|--|
| Nom : <u>SALL</u> Prénom : <u>ABABACAN</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>18/02/1959</u> à : <u>SAINT-LOUIS</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>18/07/2022 DAKAR</u> Adresse : <u>DANIELLES AVIATION VILLA 60 OUAKAM</u> Téléphone : <u>77564 9295</u> email : <u>ababacansall@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PILOTE DE LIGNE</u> Situation de famille : <u>MARIE + 3 ENFANTS</u> | Activité(s) pratiques <input checked="" 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 : <u>15.209H 11</u> |
|---|--|

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : 26/04/2022 Lieu : DAKAR Nom du médecin : PATRICK CORREA

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 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Répondez aux questions suivantes :

| | OUI | NON |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 14 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pour les candidates : | | |
| 24 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Date et signature du personnel aéronautique

18/07/2022
ASA

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

13 : Concor Amlo 5/5 = 1ap/s - Dafamin DO = 1ap/s
22 : Port de Verres Correcteurs



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 : **ABABACAN** 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 185 cm | (203) Poids 80 kg | (204) Yeux couleur Nouveau Noir | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | | (207) Pouls au repos |
| | | | | | Systolique 148 | Diastolique 81 | |

| 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, tympan, compliance 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
Recherché de 63 ans, marié 3 enfants, diabète, bon psychologue, non stressé par l'approche du rendez-vous, sportif, HTA et Diabète stabilisés.

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 | Corrigée à | 10 | |
| Œil gauche sans correction | Corrigée à | 10 | |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à | 10 | |
| (230) Vision intermédiaire | | Sans correction | |
| N14 lu à 100cm | | Oui | Non |
| Œil droit | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Œil gauche | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Vision binoculaire | | <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-------------------------------|-----------|-------------|-------------------|-------------------------------------|
| Glucose | Protéines | Sang | Autres | |
| 0 | 0 | 0 | | |
| Rapport annexés | | Non réalisé | Date | Nor mal |
| | | | 18/07/2017 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (238) ECG | | | | |
| (239) Audiogramme | | | | |
| (240) Examen Ophtalmologique | | | | |
| (241) Examen ORL | | | | |
| (242) Lipides sanguins | | | | |
| (243) Fonctions respiratoires | | | | |
| (320) Tonométrie G : | | | | |



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 checked="" type="checkbox"/> Non <input 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 10

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

| | |
|---|---|
| Oreille droite | Oreille gauche |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

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

Audiométrie éventuelle

| | | | | | | |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
| Oreille droite | | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | | |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

| | | |
|--|--|--|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | Hémoglobine (g/dl) |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | 115 <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <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

D: mmHg
(244) Divers (Sujet ?)

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : Nom :
Signature :

(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 :
Champ d'application du certificat

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Classe 1 | Classe 2 | Classe 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |