



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
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
ADRESSE : 37 ANADOU ASSANE NDOYE

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : HACHEN Prénom : YEHYA Nationalité : SENEGALAISE Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : 14/10/1985 à : Lieu et date de l'examen médical : DAKAR 22/06/21 Adresse : 37 ANADOU ASSANE NDOYE Téléphone : 77-789.82.50 email : yehya.hachem@gmail.com Profession/activité : OPL Situation de famille : Marié	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 : DIASS Activités aériennes antérieures : Heures de vol : 3300
---	---

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

SI OUI : Date : 17/06/20 Lieu : DAKAR Nom du médecin : N. KADOUK

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		/
2		/
3		/
4		/
5		/
6		/
7		/
8		/
9		/
10		/
11		/
12		/
13		/

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		/
15		/
16		/
17	/	
18	/	
19		/
20		/
21	/	/
22	/	
23		/
Pour les candidates :		
24		
25		

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

22/06/21

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

HTA. Né. Laser. ocul. 2017 = PAS.



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 : **HACHEN** Prénoms : **YEHYA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **14/10/85**
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 184 cm	(203) Poids 84 kg	(204) Yeux couleur Vert	(205) Cheveux couleur Vert	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
	Systolique 120	Diastolique 80	Pulsations 89	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)	
(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"/>

TABAC: *chylé*
ALCOOL: *acc.*

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
OP2. Air Serruget 35 ans; Adnat - PAS.
Acuo = E. vert. PAS

MDT: *o*
SPORT: *o*

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
(238) ECG			22-06 21	<input checked="" type="checkbox"/>
(239) Audiogramme			22-06 21	<input checked="" type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G:				
D: mmHg				

DAKAR SENEGAL



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				1	
Œil gauche				2	
Vison binoculaire				2	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Type : Ray		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 :
<i>Apte</i>	Dr Patrick CORREA Signature

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA
Nombre de tables présentées <i>2</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

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

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"/>
--	--

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.

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

Décision n° Du

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Glycémie: 105 mg/dl

Libellé :

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

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 checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		<i>16</i>

(248) commentaires, limitations :
Paul Audouin afjau Apte classe 1 -> 30-06-2017

(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>10-06-2017</i>	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Dr Patrick CORREA Signature