

 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

TYPE DE PERSONNEL : Contrôleur Aérien
CLASSE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASSENA
ADRESSE : ANSS/90ff

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SAKHO</u> Prénom : <u>Boubou</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Né(e) le : <u>12/02/1991</u> à : <u>Dakar</u> Sexe : ☐ F ☒ M Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : <u>Rue Résistance à Villa 5386/M</u> Téléphone : <u>7688-30-49</u> email : <u>boubou7682@hotmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille :	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : 17/07/2019 Lieu : IHO Nom du médecin : Diawara B
 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 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
2 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
3 Taux de cholestérol élevé		☒
4 Maladie respiratoire		☒
5 Maladies de l'estomac		☒
6 Maladies du foie		☒
7 Diabète		☒
8 Maladies rénales		☒
9 Maladies articulaires et du dos		☒
10 Maladie thyroïdienne		☒
11 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
12 Œil : choc, maladies, troubles visuels	☒	
13 Vertiges, pertes de connaissance		
14 Migraines		☒

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☒	
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	☒	
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21	Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	☒	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
25	Autres		

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

17-07-2021


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

 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 : <u>SAKHO</u>		Prénoms : <u>Bo alou</u>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <u>13-02-1974</u>		Lieu de naissance : <u>Dakar</u>	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>187</u> cm	(203) Poids <u>60</u> kg	(204) Yeux couleur <u>noir</u>	(205) Cheveux couleur <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis) <u>115/76</u> mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique	Diastolique	Pulsations <u>53</u> ☐ irrégulier ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	
(210) Nez, sinus	☒		(220) système génito-urinaire	☒	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒		(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels			(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	
(213) Yeux - pupilles	☒		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique		☒
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus			(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	
(215) Poumons, thorax, seins	☒		(225) Psychiatrie	☒	
(216) Cœur	☒		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	
(217) Système vasculaire	☒		(227) Etat général	☒	
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire <u>223 : dysplasie dorsale -</u>					

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	<u>10/10</u>
Œil gauche sans correction		Corrigée à	<u>10/10</u>
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	<u>10/10</u>
(230) Vision intermédiaire		Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm		Oui	Non
Œil droit		<u>10/10</u>	
Œil gauche		<u>10/10</u>	
Vision binoculaire		<u>10/10</u>	

Glucose <u>0</u>	Protéines <u>0</u>	Sang <u>0</u>	Autres	
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
			<u>10/07/14</u>	
(238) ECG				☒
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(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) de près	Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				
Œil gauche				
Vision binoculaire				
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☒ Non ☐	Oui ☐	Non ☐		
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(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)

Oreille droite
Oreille gauche

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

Oui ☐ Non ☐
Oui ☐ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
----	-----	------	------	------	------	------

Oreille droite						
----------------	--	--	--	--	--	--

Oreille gauche						
----------------	--	--	--	--	--	--

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Glycémie: 100mg/dl

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

Après ctg du cardiologue

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

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

Nom et adresse du médecin agréé

Cachet et signature

(244) Divers (Sujet ?)

☐ ☐ ☐

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

Avis :

Nom :

Avte

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

☐

☐

☐