

 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 : PNC
CLASSE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : Air Senegal
ADRESSE : Scat Urbain

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Cisse</u> Prénom : <u>NAÏETOU</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : ☒ F ☐ M Né(e) le : <u>29/03/1991</u> à : <u>Djeddah</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>28/06/2021</u> <u>AMS</u> Adresse : <u>Scat Urbain Villa 31D</u> Téléphone : <u>77435 9923</u> email : <u>naies1cisse@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PNC</u> Situation de famille : <u>Marier</u>	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 : 26/06/2021 Lieu : Nom du médecin :

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 textes 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

28/06/2021 

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

Nation. accablée par l'aviation 27-07-20. (d'origine) => Cycle RAS.

 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 : CISSE	Prénoms : MARIETOU	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 29/03/81 Lieu de naissance : Djeddah				
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 179 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur Vert	(205) Cheveux couleur Marron	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 110 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations 77 Rythme ☐ 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

PMU - Air Sénégal - 29 ans - Aucun symptôme

Plants: 0

TABAC: 0

ALCOOL: 0

MDT: 0

SPORT: 0

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	☒			
Œil gauche	☒			
Vision binoculaire	☒			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			28-06-21	☒	
(239) Audiogramme			28-06-21	☒	
(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 Type ISHIIHARA
Nombre de tables présentées Nombre d'erreurs

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

Oreille droite	Oreille gauche
Oui ☒	Oui ☒
Non ☐	Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Glycémie: 99 mg/dl

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐
		12.5

(248) commentaires, limitations :

Apti classe 2 → 30-06-2023

(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

28-06-2021

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

(244) Divers (Sujet ?) ☐ ☐ ☐

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

Avis : Nom :
Signature: Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

(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
	☐	☒	☐