 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 : PNC
CLASSE : classe 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : AN Senegal SA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>MENDY</u> Prénom : <u>Henriette</u> Nationalité : <u>Senégalaise</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>28/08/1978</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 28/06/21</u> Adresse : <u>NGAPAROU - EST</u> Téléphone : <u>776384208</u> Email : <u>htmendi@gmail.com</u> Profession/activité : Situation de famille : <u>célibataire</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 :
--	--

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

Si OUI : Date : 21/06/2020 Lieu : Dakar Nom du médecin : Dr Karouk

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 :		
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

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

Toutes fausses déclarations 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

[Signature]

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

10 IP - gdc 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 : MENDY	Prénoms : Henriette	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 28/08/1978
		Lieu de naissance : Dakar
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille : 180 cm	(203) Poids : 77 kg
	(204) Yeux couleur : bleu	(205) Cheveux couleur : bleu
		(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 110 Diastolique : 70
		(207) Pouls au repos Pulsations : 80 Rythme : <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, tympans, 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		TABAC: 10/8
(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		ALCOOL: occ l.
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire					
Pale - Air Serré - 13 ans - Veuve - (4 ans) - 1 enfant - Plante - MDT: 0.					

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

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres	
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG			28-06-21	<input checked="" type="checkbox"/>
(239) Audiogramme			28-06-21	<input checked="" type="checkbox"/>
(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		(244) Divers (Sujet ?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non		
Œil droit		9					
Œil gauche		1					
Vison binoculaire		1					
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact				(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude Avis :  Nom :  	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Type :		Type :					
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter			
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>		(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé	
Tables pseudo-isochromatiques		6		Type ISHIHARA		APTE pour la classe : <input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe : <input type="checkbox"/> Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer : Le destinataire : Le motif :	
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				
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"/>				
Audiométrie éventuelle							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	
Oreille droite							
Oreille gauche							
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine		Glycémie : 90 mg/dl			
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)			
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		13.4			
(248) commentaires, limitations : <div style="text-align: right; font-size: 1.2em;">Apt durée → 30-06-2023</div>							
(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		
28-06-2021		Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL			