

 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 : PILOTE

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA

ADRESSE : BAT N°2 Route du King FAH PALACE

ALNADIES DAKAR SENEGAL

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIENG</u> Prénom : <u>SALIOU</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Né(e) le : <u>06/01/1992</u> à : <u>DAKAR SENEGAL</u> Sexe : ☐ F ☒ M Lieu et date de l'examen médical : <u>29/06/2021</u> <u>ANS</u> Adresse : <u>Derms pyrotechnie XUAN BT 1004</u> Téléphone : <u>97-841-19-07</u> email : <u>diengsalio92@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>PILOTE DE LIGNE</u> Situation de famille : <u>MARIE</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 : 19/06/2020 Lieu : DAKAR SENEGAL Nom du médecin : KAOUK

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 »

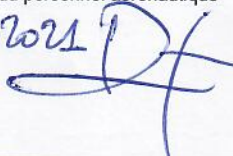
	OUI	NON
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
2 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
3 Taux de cholestérol élevé		☒
4 Maladie respiratoire		☒
5 Maladies de l'estomac		☒
6 Maladies du foie		☒
7 Diabète		☒
8 Maladies rénales		☒
9 Maladies articulaires et du dos		☒
10 Maladie thyroïdienne		☒
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

29/06/2021 

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

Naal - Bureau + Bureau de DIF Titre = 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 : **DIENG**

Prénoms :

Date de naissance
(JJ/MM/AAAA):

Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 188 cm	(203) Poids 95 kg	(204) Yeux couleur Abrun	(205) Cheveux couleur Nain	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 19 Diastolique 8	(207) Pouls au repos Pulsations 57 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
ORL. ATR 75. Ain Secungal. 89 ans. Juillet 2019 Cfm = ATR 75. Valeur = 175. ATR = 0.00. E. Cho = 175. Tabac = 0. Alc = 0. Sport = 0. Adt = 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	Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit		☒	
Œil gauche		☒	
Vision binoculaire		☒	

Glucose	Protéines	Sang	Autres			
0	0	0				
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal	
(238) ECG			30-06-21	☒		
(239) Audiogramme			29-06-21	☒		
(240) Examen Ophtalmologique			30-06-21			
(241) Examen ORL						
(242) Lipides sanguins			30-06-21		☒	
(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

N5 lu à 30 - 50cm

Sans correction Avec correction

Oui Non Oui Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui ☒

Non ☐

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☐

Type :

(313) Perception des couleurs

Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIIHARA

Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille

droite

Oui ☒

Non ☐

Oreille

gauche

Oui ☒

Non ☐

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

Glycémie : 89 mg/dl

VEMS/CV

%

Normal ☐

Anormal ☐

Peak Flow

(l/min)

Normal ☐

Anormal ☐

(g/dl)

14.7

Normal ☒

Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

MES = syndr. Thelamonien mineure.

(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

30-06-2017

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Signature Aeronautique 2
MD/004/ANA/SIDA/08
DGAC N° 3857

(244) Divers (Sujet ?)

☐

☐

☐

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

Avis :

Nom :

Apte

Dr Patrick CORREA
Signature Aeronautique
MD/004/ANA/SIDA/08
DGAC N° 3857

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

☒ APTÉ 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

☒

☐

☐

Apte classe 1 → 30-06-2017