

 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
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : Guinée - Bissau

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>MAHOM</u> Prénom : <u>Silva</u> Nationalité : <u>Bissau - Guinée</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>10/05/1970</u> à : <u>Bula</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>29/06/2024 - Dakar</u> Téléphone : <u>+245 955552469</u> email : Profession/activité : Situation de famille : <u>Salibator</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 : ____/____/____ 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 »

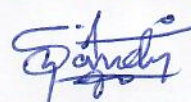
	OUI	NON
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire		☒
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒
13 Migraines		☒

	OUI	NON
Répondez aux questions suivantes :		
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

29/06/2024


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 : MANDIM		Prénoms : Silva		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 10/05/1970		Lieu de naissance : Bula	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 89 kg	(204) Yeux couleur Nan	(205) Cheveux couleur Nan	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 170 Diastolique 110		(207) Pouls au repos Pulsations 78 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

Catégorie Ayeu Abano Biscu - 5 ans
En Cœur. 6 œufs - 15+1 ; de / Repère qm inaptes 3 ans x x. SPORT.

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	Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres
------------------------------------	------------------	------------------	--------------------	---------------	--------

Œil droit sans correction	Corrigée à			Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
Œil gauche sans correction	Corrigée à			(238) ECG				
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à			(239) Audiogramme	29-d			d.
(230) Vision intermédiaire				(240) Examen Ophtalmologique				
Sans correction				(241) Examen ORL				
Avec correction				(242) Lipides sanguins				
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non				
Œil droit				(243) Fonctions respiratoires				
Œil gauche				(320) Tonométrie G :				
Vision binoculaire				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 ISHIHARA
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 ☒
Non ☐

Oui ☒
Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						45
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Glycémie: 154mg/dl

VEMS/CV
%

Normal ☐ Anormal ☐

Peak Flow
(l/min)

Normal ☐ Anormal ☐

(g/dl)

12.4

Normal ☒ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

- Audiogram : Hypoacousie - Impédance normale + contrôle -
CT = 0.43, VDL = 0.35; TG = 6.92; Glyc = 122 HbA1c = 9.2% SGOT SGPT SGTT

(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
Médecine Aérospatiale
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3657

(244) Divers (Sujet ?)

☐

☐

☐

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

Avis :

Nom :

Enapti

Signature :

[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 : Endocrinologue -

Le motif :

Diabète mellitus - Diab type II
HTA -
TG + FCRCV.

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

☐

☐

☒