

|   |   |                                    |                        |
|---|---|------------------------------------|------------------------|
| <br><b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b> | <b>FORMULAIRE</b>   | <b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>        |                        |
|   | <b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b> | Date d'application :<br>10/09/2018 | Page<br><b>1 sur 1</b> |

**TYPE DE PERSONNEL** : PILOTE  
**CLASSE** : II  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : .....  
**ADRESSE** : .....

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

|   |   |
|---|---|
| Nom : <u>MOHSEN</u><br>Prénom : <u>HUSSEIN</u><br>Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Né(e) le : <u>20/10/1989</u> à : <u>LIBAN</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS le 30/06/2021</u><br>Adresse : <u>38 rue GALANBOU DIOUF</u><br>Téléphone : <u>77 27 37 575</u> email : <u>hussein.mohsen@live.fr</u><br>Profession/activité : <u>commerce</u><br>Situation de famille : <u>Célibataire</u> | <b>Activité(s) pratiques</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur<br><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon<br><input type="checkbox"/> Autres précisez :<br>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) <u>Aeroclub</u><br>Aérodrome : <u>Dakar LSS</u><br>Activités aériennes antérieures : <u>PPL</u><br>Heures de vol : <u>160 h</u> |
|---|---|

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?     OUI     NON  
 Si OUI : Date : 10/07/2019    Lieu : DAKAR    Nom du médecin : DR. MAGDI 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  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 |     | <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 ?                     |                                     |                                     |
| 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 entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

30/06/2021



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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

15 - Appendicite (2003), occlusion int (2003), amygdalite (2013).  
 Le cas : 21



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 : **MOHSEN** Prénoms : **Hussein** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **20/10/1989**  
Lieu de naissance : **LIBAN**

|  |                               |                             |                                   |                                      |   |  |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input checked="" type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>182</b> cm | (203) Poids<br><b>87</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>noir</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>noir</b> | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg<br>Systolique <b>120</b> Diastolique <b>80</b> | (207) Pouls au repos<br>Pulsations <b>76</b> Rythme<br><input type="checkbox"/> irrégulier<br><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, compli-ance 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  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (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                                       |                                     |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**Pilote privé PPL; Aviat' plaisir. Celibataire, Catholique. Tabac = 0. Alc = occ. M = 0. Sport = occ. 226 - Tatouage - gauche. DT.**

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (235) Analyse d'urine Normale  anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième) **Agp 4, 25'**  
**Port Lentille Contact.**  
Lunettes/Contact

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

|          |           |          |        |
|----------|-----------|----------|--------|
| Glucose  | Protéines | Sang     | Autres |
| <b>0</b> | <b>0</b>  | <b>0</b> |        |

|                                  |             |                 |                                     |          |
|----------------------------------|-------------|-----------------|-------------------------------------|----------|
| Rapport annexés                  | Non réalisé | Date            | Nor mal                             | Anor mal |
| (238) ECG                        |             | <b>30-06-21</b> | <input checked="" type="checkbox"/> |          |
| (239) Audiogramme                |             |                 |                                     |          |
| (240) Examen Ophtalmologique     |             |                 |                                     |          |
| (241) Examen ORL                 |             |                 |                                     |          |
| (242) Lipides sanguins           |             |                 |                                     |          |
| (243) Fonctions respiratoires    |             |                 |                                     |          |
| (320) Tonométrie G :<br>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   |     |  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |
| Œil gauche  |     |  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |
| Vison binoculaire   |     |  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |
| (232) Lunettes  |     | (233) Lentilles de contact   |     |                                     |     |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |     | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |     |                                     |     |
| Type :  |     | Type :   |     |                                     |     |
| réfraction  | Sph | Cylindre   | Axe | Ajouter                             |     |
|   |     |  |     |                                     |     |

(231) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques  
Nombre de tables présentées *20* Type ISHIHARA *0*  
Nombre d'erreurs

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

|  |  |
|--|--|
| Oreille droite   | Oreille gauche   |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| VEMS/CV<br>%   | Peack Flow<br>(l/min)  | (g/dl)   |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |

(248) commentaires, limitations :

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigne 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 : *PT* Nom : *Dr Patrick COUREA*

*Signature*

*MD/004/ANACS/DTA/08*  
*DGA N° 3657*

(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 <input type="checkbox"/> | Classe 2 <input type="checkbox"/> | Classe 3 <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|