



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur
DEGRE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : Setex
ADRESSE : Rufisque

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Form fields for personal information: Nom: Guissé, Prénom: Papa Youga, Nationalité: Sénégalais, Sexe: M, Né(e) le: 01/01/1988, Adresse: Rufisque, etc.

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence ferroviaire ? 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

Table with 3 columns: Question, OUI, NON. Rows include: Souffrez-vous ou avez-vous souffert de: 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle, 2 Taux de cholestérol élevé, etc.

Table with 3 columns: Répondez aux questions suivantes, OUI, NON. Rows include: 14 Troubles du sommeil, 15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?, 16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?, etc.

Déclaration du personnel ferroviaire : 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'autorité ferroviaire civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur.
Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile.
Date et signature du personnel ferroviaire: 30/06/2021

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) : (Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 1997. ap appendicite, Nettem absent dans expte.



Assistance Médicale  
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : *Gnissi* Prénoms : *Papa Janga* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *01/01/1988*  
Lieu de naissance : *Ziguinchor*

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>185</i> cm	(203) Poids <i>64</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>130</i>	Diastolique <i>80</i>	Pulsations <i>54</i>	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	Anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<i>1</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>1</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>1</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>1</i>		(220) système génito-urinaire	<i>1</i>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<i>1</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>1</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>1</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>1</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>1</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>1</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>1</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>1</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>1</i>		(225) Psychiatrie	<i>1</i>
(216) Cœur	<i>1</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>1</i>
(217) Système vasculaire	<i>1</i>		(227) Etat général	<i>1</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

*Préjet. d'allergie, Cél. o. o. 33 ans*  
*Plantin = 0*

**TABAC: 3/5.**  
**ALCOOL: 0.**  
**MDT: 0**

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

(235) Analyse d'urine

Normal  anormale

*Toxique: 0*

**SPORT: ok.**

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	<i>05</i>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<i>07</i>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<i>07</i>	Corrigée à	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal
(238) ECG			<i>30-07-21</i>	<i>1</i>
(239) Audiogramme				



Assistance Médicale  
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire

	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>		
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>		
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			
N5 lu à 30 – 50cm				
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

(232) Lunettes      (233) Lentilles de contact

Oui       Non       Oui       Non

Type :      Type :

réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				

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

Avis :      Nom :

Signature :

(313) Perception des couleurs      Normale       Anormale

Tables pseudo-isochromatiques      Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées *20*      Nombre d'erreurs *0*

(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

Biologie

*GAD = 0,88g/l      Hb = 10,2g/l*

(247 bis) Décision du médecin agréé

APTE pour le degré :

INAPTE pour le degré :

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	Degré 1	Degré 2	Degré 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :

*ECC. S. Hb & D. à confronter à celui (sujet longicorne)*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé