



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur Train
DEGRE : Employé SETER
NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Form fields for personal information: Nom: Sow, Prénom: Papa Marsamba, Nationalité, Sexe: M, Né(e) le: 27/05/1989, à: Dakar, Lieu et date de l'examen médical: AMS 30/06/2021, Adresse: HUT Grand Yoff Villa 1112, Téléphone: 71 395 89 52, Profession/activité: Electromecanicien, Situation de famille: celibataire avec 1 enfant, Activités pratiques: Electricien à l'UCAD, Activités antérieures: Technicien à Pa patison Recouvrement Senetec Ouakam Pratiquant Vouinam Viet Va dau

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

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

Table with 3 columns: Question, OUI, NON. Rows 1-13 listing various medical conditions like 'Troubles cardiaques, hypertension artérielle', 'Taux de cholestérol élevé', etc.

Table with 3 columns: Répondez aux questions suivantes, OUI, NON. Rows 14-25 listing questions like 'Troubles du sommeil', 'Avez-vous subi une intervention chirurgicale?', 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 testes 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

Handwritten signature

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 16 : Fx ortheils Pied D/A/E, sans sequelles. 22 : Part de VC depuis 3ans, faible degre (0,10 bilat)



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : *Sow* Prénoms : *Papa Mousamba* Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *27/05/1989*
Lieu de naissance : *Dakar*

(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>178,4</i> cm	(203) Poids <i>69</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Ambré</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
	Systolique <i>123</i>	Diastolique <i>85</i>	Pulsations <i>87</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	<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)	<input checked="" type="checkbox"/>
(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	<input checked="" type="checkbox"/>

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

Patient de 31 ans, Electrocardiogramme de fonction, célibataire avec le fait de 2 ans 10 mois, en préparation de mariage avec la mère de l'enfant, sans problème de couple particulier, ardeur à améliorer ses conditions contractuelles, motive, Tabac = 0, Alcool = 0, sportif.

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

N° 36/7

(235) Analyse d'urine

Normale anormale

Toxique = 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	<i>10</i>	Corrigée à	<i>10</i>
Œil gauche sans correction	<i>+</i>	Corrigée à	<i>10</i>
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	<i>10</i>

Glucose <i>0</i>	Protéines <i>0</i>	Sang <i>0</i>	Autres		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<i>30-08-2011</i>	<i>d.</i>	
(239) Audiogramme					

