



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur de train
DEGRE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : STATER
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

| | |
|--|---|
| Nom : <u>SAMB</u> Prénom : <u>EL H. ISSA</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>07/02/1985</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS ; le 05 juillet 2021</u> Adresse : <u>Medina yeumboul 1 qtr cheikh Ndao</u> Téléphone : <u>77-447-52-66</u> email : <u>Lois-Kirchoff@hotmail.fr</u> Profession/activité : <u>Electricien</u> Situation de famille : <u>Marié avec 1 enfant</u> | Activité(s) pratiques Activités antérieures : <u>Maintenance industrielle</u> |
|--|---|

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 »

| Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : | OUI | NON |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 Taux de cholestérol élevé | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 Maladie respiratoire | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 Maladies de l'estomac | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 Maladies du foie | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 Diabète | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 Maladies rénales | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 Maladies articulaires et du dos | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 Maladie thyroïdienne | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 Tumeur ou maladie cancéreuse | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 Vertiges, pertes de connaissance | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 Migraines | <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 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 fausses déclarations priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire

Le 05 juillet 2021

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

13 = céphalées simples -
14 = si boit du thé le soir / retard à l'endormissement



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : **SAMB** Prénoms : **EL. H. ISSA** Date de naissance **07 Février 1985**
(JJ/MM/AAAA):
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 185 cm | (203) Poids 86 kg | (204) Yeux couleur brun | (205) Cheveux couleur noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | Systolique 140 | Diastolique 85 | Pulsations 53 | 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, tympanes, 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

Patiente de 35 ans, mariée, se fait, on la recherche d'une quelconque de sa situation financière - T=0, A=0, Sp=0, Ddet=0, Electricienne de formation, travaillait à Energies Africa.

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

10/36%

(235) Analyse d'urine Normale anormale

Toxiques : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|------------|--|
| Œil droit sans correction | <i>10/10</i> | Corrigée à | |
| Œil gauche sans correction | <i>10/10</i> | Corrigée à | |
| Vision binoculaire, sans correction | <i>14/10</i> | Corrigée à | |

| Glucose | Protéines | Sang | Autres | |
|-------------------|-----------|-----------------|--------|-------------------------------------|
| <i>0</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | | |
| Rapport annexés | | Non réalisés | Date | Normal / Anormal |
| | | <i>07/02/15</i> | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (238) ECG | | | | |
| (239) Audiogramme | | | | |

