

 Assistance Médicale Sénégal	FORMULAIRE
	DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur
DEGRE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : Seten
ADRESSE : Thiaroye Gane

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : Thiam Prénom : Name Nor Nationalité : Sénégalaise Né(e) le : 20/01/1996 à : Guédiawaye Lieu et date de l'examen médical : AMS, 05/07/2021 Adresse : Thiaroye Téléphone : 77-12-61-04 email : babacarthiam@gmail.com Profession/activité : Situation de famille : Célibataire	Activité(s) pratiques Electromécanicien Activités antérieures :
--	--

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 »

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

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		X
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?		X
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		X
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
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 fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire

05/07/2021

[Signature]

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



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : Thiam	Prénoms : Flame Nor	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 20/01/1996
		Lieu de naissance : Boudiawaye
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 64 kg
	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir
(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
Systolique 130 Diastolique 78		Pulsations 61
		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

Patient de 25 ans non fumeur, Alcool - 50g
Nécessite - Electrocardiogramme de 12 dér., céphalotomie
sans effet, à la recherche d'un phénotype sévère
chute et atrophie -

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

to 36°7

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
		é	20/01/2021	mal
(238) ECG				
(239) Audiogramme				



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire		Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit					
Œil gauche					
Vison binoculaire					
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit					
Œil gauche					
Vison binoculaire					
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui ☐ Non ☒		Oui ☐ Non ☐			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs		Normale ☐ Anormale ☐			
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA			
Nombre de tables présentées 10		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 ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000 6000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire					
Biologie	Hématocrite: 11 g/dl		-CPy-émie: 103mg/dl		
(248) commentaires, limitations :					
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé					

(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 : Dr François Charles NDIAYE Médecin Dakar Signature :		
(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 ☐	