



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur de Train
DEGRE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER
ADRESSE : Colchane

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : Coulibaly
 Prénom : Mouhamedou
 Nationalité : Sénégalaise
 Né(e) le : 20/10/1990 à : DAKAR
 Lieu et date de l'examen médical : AMS 15/07/2021
 Adresse : PARCELLES ASSAINIES LIÉ 24
 N° 309
 Téléphone : 77-361-73-23 email : mouhacoulibaly@gmail.com
 Profession/activité : COURSIER
 Situation de famille : CELIBATAIRE

Activité(s) pratiques
 Football (sport),
 lecture, marche de
 randonnée
Activités antérieures :
 Football, Footing à la
 plage.

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		X
2		X
3		X
4		X
5		X
6	X	
7		X
8		X
9	X	
10		X
11	X	
12		X
13		X

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		X
15		X
16		X
17		X
18		X
19		X
20		X
21		X
22		X
23		X
Pour les candidates :		
24		X
25		X

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

15/07/21

Annotations du médecin-examinateur 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 : **COULIBALY** Prénoms : **DOUHANADOU** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **20/10/1980**
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 74 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 122	Diastolique 77	Pulsations 71	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, compliance 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

Malade de 31 ans célibataire, non fumeur, sportif - Alcool=0, Nict=0, à la recherche d'un emploi dans les transports (chacun transport-logistique), motivé - en bonne santé, sans effort, vit en famille. Actuellement courreur indépendant.

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

fo = 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>10/10</i>	Corrigée à
Œil gauche sans correction	<i>10/10</i>	Corrigée à
Vision binoculaire, sans correction	<i>11/10</i>	Corrigée à

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<i>20/10/2010</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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		✓			
Œil gauche		✓			
Vison binoculaire		✓			
N5 lu à 30 – 50cm					
Œil droit		✓			
Œil gauche		✓			
Vison binoculaire		✓			
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Type :			Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(231) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA	
Nombre de tables présentées 10	Nombre d'erreurs 1	

(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 type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		
Biologie	Hémoglobine 11,8 g/dl	-Ply-cémie 88 mg/dl

(248) commentaires, limitations :
Candidat de 31 ans, célibataire, sans enfant, vit en famille, en bon état général, sportif, non fumeur, Alcool = 0, Poids = 0, Notifié, avec licence en T de sport-logistique - Actuellement en cours indépendant.

(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 : <i>apte</i>	Nom : Dr François Charles NDIAYE Médecin Dakar
Signature : <i>[Signature]</i>	

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

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé