

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-01-A	
	EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE	Date d'application : 10/09/2018	Page 1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL : PNT
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : SAT AIRWAYS
ADRESSE : BAIE DE GARRE

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>RACINE</u> Prénom : <u>Mayoro</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>07/07/1968</u> à : <u>Diourbel</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS, 12-07-21</u> Adresse : <u>BP 2753 Dakar</u> Téléphone : <u>77-263 1000</u> email : <u>R.MAYORO@yuhoo.fr</u> Profession/activité : <u>Pilote de ligne</u> Situation de famille : <u>Marié</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
--	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON

Si OUI : Date : 12/07/2021 Lieu : Dakar Nom du médecin : Dr. COREA

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

	OUI	NON
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Déclaration du personnel aéronautique : 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'aéronautique 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 le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

12-07-2021

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

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : <i>RACINE</i>		Prénoms : <i>Mayoro</i>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <i>01/07/1968</i>		Lieu de naissance : <i>Diourbel</i>	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <i>187</i> cm	(203) Poids <i>75</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Paron</i>	(205) Cheveux couleur <i>Mbr</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : <i>138</i> Diastolique : <i>85</i>	(207) Pouls au repos Pulsations : <i>100</i> 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, tympanes, 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 <i>52 ans OPL -</i>						

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième) *2° = 36°8*

Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	<i>9/10</i>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<i>9/10</i>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<i>10/10</i>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction		
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui Non
Œil droit				<i>x</i>
Œil gauche				<i>x</i>
Vision binoculaire				<i>x</i>

(235) Analyse d'urine

Normale ☒ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<i>10/07/2017</i>	<i>x</i>	
(239) Audiogramme			<i>10/07/2017</i>	<i>x</i>	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					
D : mmHg					

DAKAR SENEGAL



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
2 sur 2

(231) de près	Sans correction	Avec correction
N5 lu à 30 – 50cm	Oui Non	Oui Non
Œil droit		X
Œil gauche		X
Vision binoculaire		X
(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
Nombre de tables présentées 10
Type ISHIHARA
Nombre d'erreurs 1

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
----	-----	------	------	------	------	------

Oreille droite						
----------------	--	--	--	--	--	--

Oreille gauche						
----------------	--	--	--	--	--	--

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

SpO2: 95mg/l

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
-----------	-------------------	--------

Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐
--	--	---

(248) commentaires, limitations :

Part caution optiq.

Apte classe 1 → 30-01-2022.

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

(250) Lieu et date

12-07-2021.

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Nom et adresse du médecin agréé

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857.

(244) Divers (Sujet ?) ☐ ☐ ☐

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

Avis :

Nom :

Signature :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857.

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

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

Classe 1

Classe 2

Classe 3