

 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

TYPE DE PERSONNEL : Contrôleur Aérien
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASACNA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Ngom Aida</u> Prénom : <u>Aida</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Né(e) le : <u>07/05/81</u> à : <u>Dakar</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>15/12/2022</u> Adresse : <u>ATS / Ngor Almadies villa N°02</u> Téléphone : <u>77-200746</u> email : <u>yayouyayam@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Married</u>	Activité(s) pratiques <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> 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 : 12/1/2021 Lieu : ATS 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"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21 Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25 Autres		

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 : 15/12/22 

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) : DME, 711 & 2000

NOM : *Ngom* Prénoms : *Aida* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *07 Mai 1985*
 Lieu de naissance : *Dakar*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>165</i> cm	(203) Poids <i>73</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Vert</i>	(205) Cheveux couleur <i>Vert</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>123</i>	Diastolique <i>85</i>	Pulsations <i>100</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)	
(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.
Contrôle de l'audition - 3 fois - l'année - oculaire - fertilité

*Talpa = 0
Aile = 0
Spant = mal
III = Galu
Velo = 0
prot = 0
aidr*

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

	Lunettes/Contact			
	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction			<i>CO</i>	
Œil gauche sans correction			<i>LO</i>	
Vision binoculaire, sans correction			<i>LO</i>	
(230) Vision intermédiaire				
N14 lu à 100cm				
Œil droit			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire			<input checked="" type="checkbox"/>	

(235) Analyse d'urine

Normale anormale

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<i>15/12</i>		
(239) Audiogramme					
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					



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

N5 lu à 30 - 50cm

Sans correction		Avec correction	
Oui	Non	Oui	Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui

Non

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui

Non

Type :

(313) Perception des couleurs

Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs

(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

(237) Hémoglobine

VEMS/CV

%

Normal Anormal

Peak Flow
(l/min)

Normal Anormal

(g/dl)

Normal Anormal

(238) commentaires, limitations :

Pat Correction of eye.

*Apté classe 3 → 3.1.12.2013.
(puelle au diabète) III (dau).*

(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

16.12.2017

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassadeurs
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

D : mmHg

(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 Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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

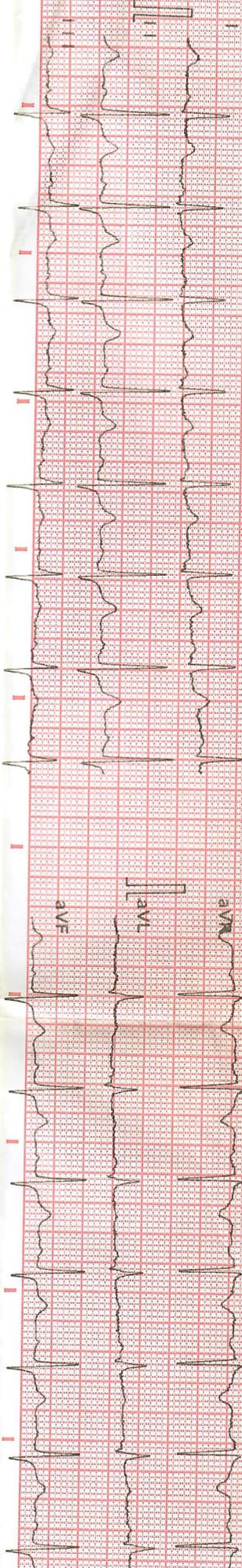
Classe 2

Classe 3

BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW:4.75.0000
Alt

Age:0 Sexo:Masculin 15/12/2022 09:57:47
Medecin CORREA

25mm/s
aVR
aVL
aVF



HR = 96

