



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL :
 DEGRE :
 NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER
 ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : GUEYE SEYNI
 Prénom :
 Nationalité : SENEGALAISE Sexe : F M
 Né(e) le : 27/02/1991 à : THIES
 Lieu et date de l'examen médical : ATIS - 12/07/2021
 Adresse : 3 avenue des ambassadeurs
fam résidence
 Téléphone : 77-153-38-14 email : seynigueye570@gmail.com
 Profession/activité :
 Situation de famille : célibataire

Activité(s) pratiques : sport (football)
 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		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	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 testes en vigueur.
 Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire : 12/07/2021

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 : **GUEYE** Prénoms : **SEYHI** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **27/02/1991**
Lieu de naissance : **Thies**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 66 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 84	(207) Pouls au repos Pulsations 73 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	/		(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

226: Coccyx surprolongé latéral à droite 6 cm / Accidents de vélo dans sa jeunesse

226: Coccyx longitudinal postérieur 6 cm - Abdomen - Plan de coupe CAVP positif, sportif, Ab - Poumon - Cardiaque 30 ans, Célibataire sans enfants, sans alcool = 0 - Nohel = 0 - BTS transport logistique + licence doctorat en recherche de sa 1^{er} emploi - Psychisme bon

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (235) Analyse d'urine Normale anormale

t = 36°
T = 36°

Toxique: 0
UNNS

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Œil droit sans correction	9/10	Corrigée à		Lunettes/Contact
Œil gauche sans correction	9/10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10/10	Corrigée à		

Glucose	Protéines	Sang	Autres				
0	0	0	Rapport annexés	Non réalisés	Date	Nor mal	Anor mal
			(238) ECG		10/12/21	X	
			(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		10/10			
Œil gauche		10/10			
Vision binoculaire		10/10			
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		10/10			
Œil gauche		10/10			
Vision binoculaire		10/10			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>	
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA			
Nombre de tables présentées 10		Nombre d'erreurs 2			
(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
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire					
Biologie	Hémoglobine 147 g/dl		Glycémie 104 mg/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				
<input type="checkbox"/> APTE pour le degré : <input type="checkbox"/> INAPTE pour le degré : <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	