

|                                                                                                                         |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <br><b>Assistance Médicale Sénégal</b> | <b>FORMULAIRE</b>             |
|                                                                                                                         | <b>DEMANDE EXAMEN MEDICAL</b> |

**TYPE DE PERSONNEL :** Planificateur  
**DEGRE :** .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** STPBR  
**ADRESSE :** .....

**Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Nom : <u>GOMES</u><br>Prénom : <u>David</u><br>Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Né(e) le : <u>05/09/1994</u> à : <u>Dakar</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS le 12/07/2021</u><br>Adresse : <u>Route des ambassadeurs Fatick</u><br>Téléphone : <u>77 920 91 14</u> email : <u>Davidgomesdg@gmail.com</u><br>Profession/activité : <u>Planificateur</u><br>Situation de famille : <u>marie récent - 0 enfant</u> | <b>Activité(s) pratiques</b><br><br>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  | Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :     |     |                                     |
| 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"/> |

|                       | 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"/> |
| 16                    | Avez-vous eu un accident dans le passé ?                                  |                                     | <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"/> |
| 20                    | Faites-vous usage de drogues illicites ?                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21                    | Consommez-vous de l'alcool ?                                              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22                    | Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23                    | Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?                    |                                     |                                     |
| 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

12/07/2021  
Sfw

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

13 = 5/5



Assistance Médicale  
Sénégal

## FORMULAIRE

### RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   |                                                    |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM : <b>GOMES</b>                                                                                                                                                                                     |                               | Prénoms : <b>David</b>      |                                   | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>03/09/1994</b> |                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   | Lieu de naissance : <b>Dakar</b>                   |                                                                                                                                                |
| (201) Catégorie d'examen<br><input checked="" type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>175</b> cm | (203) Poids<br><b>79</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>brun</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>brun</b>               | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg<br>Systolique : <b>141</b><br>Diastolique : <b>84</b>                                                 |
|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   |                                                    | (207) Pouls au repos<br>Pulsations : <b>78</b><br>Rythme : <input type="checkbox"/> irrégulier<br><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, tympons, 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

**226 : Tabacage -**

**Candidat de 26 ans marié récent, sans enfant motivé par la reconnaissance professionnelle, Sportif, Tabac : 5g - Alcool : 0 - Drogue : 0 - Psychisme : +**

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

**+ 36°**

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

**Toxicologie : 0**

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

|                                     |              |                  |
|-------------------------------------|--------------|------------------|
|                                     |              | Lunettes/Contact |
| Œil droit sans correction           | <b>10/10</b> | Corrigée à       |
| Œil gauche sans correction          | <b>10/10</b> | Corrigée à       |
| Vision binoculaire, sans correction | <b>10/10</b> | Corrigée à       |

|                     |                       |                  |                                     |
|---------------------|-----------------------|------------------|-------------------------------------|
| Glucose<br><b>0</b> | Protéines<br><b>0</b> | Sang<br><b>0</b> | Autres                              |
| Rapport annexés     | Non réalisé           | Date             | Nor mal<br>Anor mal                 |
| (238) ECG           | <b>10/10</b>          |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme   |                       |                  |                                     |



Assistance Médicale  
Sénégal

## FORMULAIRE

### RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

#### (230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm

|                    | Sans correction |     | Avec correction |     |
|--------------------|-----------------|-----|-----------------|-----|
|                    | Oui             | Non | Oui             | Non |
| Œil droit          | 10/10           |     |                 |     |
| Œil gauche         | 10/10           |     |                 |     |
| Vision binoculaire | 10/10           |     |                 |     |

N5 lu à 30 – 50cm

|                    | Sans correction |     | Avec correction |     |
|--------------------|-----------------|-----|-----------------|-----|
|                    | Oui             | Non | Oui             | Non |
| Œil droit          | 10/10           |     |                 |     |
| Œil gauche         | 10/10           |     |                 |     |
| Vision binoculaire | 10/10           |     |                 |     |

#### (232) Lunettes

Oui ☐

Non ☒

#### (233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☐

Type :

Type :

réfraction      Sph      Cylindre      Axe      Ajouter

#### (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 réalisés)

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 | Hémoglobine:<br>113 g/l | CPGémie:<br>10 g/mg/l |
|----------|-------------------------|-----------------------|

#### (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 :

Signature :

#### (247 bis) Décision du médecin agréé

☐ APTÉ 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

☐