



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur
DEGRE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER
ADRESSE : HLM LAS PALMAS

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>NDAO</u> Prénom : <u>Chams Eddine</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Né(e) le : <u>11/09/1988</u> à : <u>Thiès</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS le 12/07/21</u> Adresse : <u>HLM LASPALMAS</u> Téléphone : <u>77-52720-90</u> email : <u>NdaoChams2@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Electromécanicien</u> Situation de famille : <u>célibataire sans enfant</u>	Activité(s) pratiques <u>Electromécanicien dans le SAV (service après vente) comme maintenancier</u> 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 : ☐ Apté ☐ 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 :		
2	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
3	Taux de cholestérol élevé		☒
4	Maladie respiratoire		☒
5	Maladies de l'estomac		☒
6	Maladies du foie		☒
7	Diabète		☒
8	Maladies rénales		☒
9	Maladies articulaires et du dos		☒
10	Maladie thyroïdienne		☒
11	Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
12	Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
13	Vertiges, pertes de connaissance		☒
14	Migraines		☒

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21	Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
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

Le 12/07/21

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 : NDAO	Prénoms : Chams Edeline	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 11/09/1988				
		Lieu de naissance : Thies				
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 55 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 128 Diastolique : 80	(207) Pouls au repos Pulsations : 74 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, 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

Patient de 33 ans motive, célibataire sous effort spirituel, non fumeur, Alcool = 0, Drogue = 0, à la recherche d'emploi professionnel.

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

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

$T^{\circ} = 36^{\circ}8$

Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

			Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	7/10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	7/10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	8/10	Corrigée à	

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal Anormal
(238) ECG		12/09/21	
(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 ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☐	
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs	Normale ☐ Anormale ☐					
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 ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐				
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		
Biologie	Hémoglobine 14,3 g/dl	Po2 95 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 :
Signature :	

(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	Degré 2	Degré 3
	☐	☐	☐