



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 : PNC

CLASSE : 2

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : Sow
 Prénom : Diennaba
 Nationalité : Sénégalaise Sexe : F M
 Né(e) le : 07/11/1990 à : Dakar
 Lieu et date de l'examen médical : Dakar 01-03-2011
 Adresse : HLN 6, Angle Nasse Villa N°2961
 Téléphone : 773567081 email : diennabasow90@gmail.com
 Profession/activité : PNC
 Situation de famille : Mariée

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 : 15/03/2019 Lieu : Nom du médecin : Dr Koneia

Vous avez été déclaré : Apté Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches 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 Oeil : 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 Êtes-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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
25 Autres		<input checked="" type="checkbox"/>

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 testes en vigueur.

Date et signature du personnel aéronautique

01-03-2011

Sow

Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

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

15: Cesantenne = 2014 - 2018



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 : **SOW**

Prénoms : **Dieynaba**

Date de naissance

(JJ/MM/AAAA):

Lieu de naissance :

(201) Catégorie
d'examen
 Initial
 Prorogation
 Renouvellement
 Recours spécial

(202) Taille
180 cm

(203)
Poids
90 kg

(204) Yeux
couleur

(205)
Cheveux
couleur

(206) Tension artérielle
(assis)
mmHg

N

Systolique
113

Diastolique
81

Pulsations
75

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

PNC. Air Sénegal - 30 ans. 1cm (2cm)..
Tobac = a Adc = a Sput = a III = a

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

(235) Analyse d'urine

Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contact

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		

Rapport annexés	Non réalis é	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG	01-07 21	d-		

(239) Audiogramme	01-03 21	d.
-------------------	-------------	----

(230) Vision intermédiaire

Sans correction
Avec correction

N14 lu à 100cm

Oui Non Oui Non

Œil droit

X

Œil gauche

Y

Vision binoculaire

X

(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	Sans correction	Avec correction		
N5 lu à 30 – 50cm	Oui	Non		
Œil droit	X			
Œil gauche	1			
Vision binoculaire	X			
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Type :				
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

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

(si 239/241 non réalisé)

	Crois. droite	Croise gauche

Test de voix de conversion

dos tourné vers l'exam

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite	10	05	20	05	10	10
Oreille gauche	10	05	20	05	15	15

(236) Fonction respiratoire

en respiratoire

(237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl) <u>13,3 g/dl</u>
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>
		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations

Datum osigurao.

Aft closer → 31-03-2023

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigne 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

Q1-Q3-CE21

Dr Patrick CORREA
Nom et adresse du medecin agréé
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

