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 : controleur

CLASSE : 3

NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA

ADRESSE : .....

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : NDIAYE
Prénom : MOUHAMED
Nationalité : Sénégalaise Sexe : ☐ F ☑ M
Né(e) le : 21/11/1999 à : Diamaguène Sicap Mbao
Lieu et date de l'examen médical : le 19/07/2021 à AMS
Adresse : Mermoz pyrotechnie
Téléphone : 77-66-74-97 email : ndiayemoumed@gmail.com
Profession/activité : Etudiant
Situation de famille : celibataire

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 : : ____/____/_____ 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 »

	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		X
2	Taux de cholestérol élevé		X
3	Maladie respiratoire		X
4	Maladies de l'estomac		X
5	Maladies du foie		X
6	Diabète		X
7	Maladies rénales		X
8	Maladies articulaires et du dos		X
9	Maladie thyroïdienne		X
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		X
12	Vertiges, pertes de connaissance		X
13	Migraines		X

	Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14	Troubles du sommeil		X
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?		X
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	X	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
	Pour les candidates :		
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		X
25	Autres		X

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

Date et signature du personnel aéronautique
le 19/07/2021
[signature]

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses «OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 22 - Port de Lunette Photogray - Liveflet

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 : NDIAYE Prénoms : MOUHAMED Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 21/11/1999 Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg			(207) Pouls au repos
☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	170 cm	54 kg		Noir	Systolique 126	Diastolique 84	Pulsations 59	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

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

T = 36.0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

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

(230) **Vision intermédiaire**

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	✓			
Œil gauche	✓			
Vison binoculaire	✓			

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		29/07/2021	✓	
(239) Audiogramme		29/07/2021	✓	
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				