

 Assistance Médicale Sénégal	FORMULAIRE
	DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur de train
DEGRE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : DIENNA Philippe Mousa SETER -
ADRESSE : Keur Mansar

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>DIENNA</u> Prénom : <u>Philippe Mousa</u> Nationalité : <u>senegalaise</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>10/08/1991</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS - 16-07-2021</u> Adresse : <u>Keur Mansar Unité 5</u> Téléphone : <u>77-47-13-05</u> email : <u>jidiena@gmail.com</u> Profession/activité : <u>opérateur sénégalaise</u> Situation de famille : <u>célibataire sans enfant</u>	Activité(s) pratiques Activités antérieures : <u>opérateur sénégalaise</u>
--	--

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

16-07-2021

Dienna

Annotations du médecin-examineur 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 : DIENA		Prénoms : Philippe Nourou		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 10/08/1991		Lieu de naissance : Dakar	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos
	175 cm	62 kg	brun	brun	mmHg		
					Systolique	Diastolique	Pulsations Rythme
					138	77	75 ☐ 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

Sujet de 30 ans célibataire sans enfant, à bon état général, non fumeur, alcool, bien luné et sportif, bonne famille, BTS en électronique avec expérience dans le domaine ferraille / operateur regaleuse motivé pour la comen professionnelle

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

fo = 36%

(235) Analyse d'urine

Normale ☒ anormale ☐

Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	9/10	Corrigée à	
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	Normal	Anormal
(238) ECG		☒	10/08/2021	☒	
(239) Audiogramme					



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	☒			
Œil gauche	☒			
Vision binoculaire	☒			
N5 lu à 30 – 50cm				
Œil droit	☒			
Œil gauche	☒			
Vision binoculaire	☒			
(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 ISHIIHARA
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)	
(si 239/241 non réalisés)	
Test de voix de conversation perçue à 2m	Oreille droite
le dos tourné vers l'examineur	Oreille gauche
	Oui ☐ Non ☐
	Oui ☐ Non ☐
Audiométrie éventuelle	
Hz	500 1000 2000 3000 4000 6000
Oreille droite	
Oreille gauche	

(236) Fonction respiratoire

Biologie	Hémoglobine 164 g/l	Glycémie: 96 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

☒ 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
	☐	☐	☐