



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : *Conducteurs de trains*
 DEGRE :
 NOM DE L'EMPLOYEUR : *Setep*
 ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <i>Sy Hame Babo</i> Prénom : Nationalité : <i>Sénégalaise</i> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <i>31/01/89</i> à : <i>Thiès</i> Lieu et date de l'examen médical : <i>AMS 16-07-2016</i> Adresse : <i>Som. Hazabel-Rue 05, Villa n° 30</i> Téléphone : <i>77-1582786</i> email : <i>Babisthosy@gmail.com</i> Profession/activité : Situation de famille : <i>Célibataire</i>	Activité(s) pratiques : Activités antérieures : <i>Conseiller Commercial à Intelcia.</i>
--	--

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		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 ?		
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 fausses déclarations 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 16-07-2016

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 : *Sy* Prénoms : *Flame Babbo* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *31-01-1989*
Lieu de naissance : *THIES*

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>198</i> cm	(203) Poids <i>62</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
	Systolique <i>130</i>	Diastolique <i>76</i>	Pulsations <i>65</i>	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <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, tympan, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels			(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			(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

228

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

4° = 36°6

(235) Analyse d'urine Normale anormale

Toxique: 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	<i>8/10</i>	Corrigée à
Œil gauche sans correction	<i>9/10</i>	Corrigée à
Vision binoculaire, sans correction	<i>10/10</i>	Corrigée à

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal
(238) ECG		<i>réalisé</i>		<input checked="" type="checkbox"/>
(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		<input checked="" type="checkbox"/>		
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>				
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA					
Nombre de tables présentées <i>10</i>	Nombre d'erreurs <i>2</i>					
(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 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>				
	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire	Biologie	Hémoglobine : <i>14,7 g/dl</i>	Glycémie : <i>89 mg/dl</i>
-----------------------------	----------	--------------------------------	----------------------------

(248) commentaires, limitations :

(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 : *AS Cardiolopgy + ECG*

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé