



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducateur de Train
DEGRE : 01
NOM DE L'EMPLOYEUR : Chez SEIER
ADRESSE : G. P. Bahane

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

| | |
|--|--|
| Nom : KEITA Prénom : Younoupha Nationalité : Sénégalaise Né(e) le : 10/12/1996 à : Baïa rose Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : 26-07-21 Adresse : Cite Keur gorgui Téléphone : 77 552 8609 email : keitayounoupha56@gmail.com Profession/activité : Situation de famille : Célibataire sans enfant | Activité(s) pratiques 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 : 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 | | X |
| 2 | | X |
| 3 | | X |
| 4 | | X |
| 5 | | X |
| 6 | | X |
| 7 | | X |
| 8 | | X |
| 9 | | X |
| 10 | | X |
| 11 | | X |
| 12 | | X |
| 13 | | X |

Répondez aux questions suivantes :

| | OUI | NON |
|-----------------------|-----|-----|
| 14 | | X |
| 15 | | X |
| 16 | | X |
| 17 | | X |
| 18 | | X |
| 19 | | X |
| 20 | | X |
| 21 | | X |
| 22 | | X |
| 23 | | X |
| Pour les candidates : | | |
| 24 | | X |
| 25 | | |

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

26.07-2021

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

(230) Vision intermédiaire

| | Sans correction | | Avec correction | |
|------------------------------|---|-----------------------------------|---|---------|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| N14 lu à 100cm | | | | |
| Œil droit | X | | | |
| Œil gauche | X | | | |
| Vision binoculaire | X | | | |
| N5 lu à 30 - 50cm | | | | |
| Œil droit | X | | | |
| Œil gauche | X | | | |
| Vision binoculaire | X | | | |
| (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

| | |
|--------------------------------|--------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques | Type ISHIIHARA |
| Nombre de tables présentées 10 | Nombre d'erreurs 0 |

(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"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <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: 14,8 g/dl | Glycémie: 93 mg/dl |
|----------|------------------------|--------------------|

(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 : **Dr François Charles NDIAYE**
Médecin
Dakar

Signature :

Assistance Médicale
Sénégal
3 Avenue des Ambassadeurs
221 25.71 - Sénégal

(247 bis) Décision du médecin agréé

APTÉ 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 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : **KELTA** Prénoms : **Youssoupha** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **10/12/1986**
Lieu de naissance : **Baria Jock**

| | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------|---|
| (201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 185 cm | (203) Poids 75 kg | (204) Yeux couleur Noir | (205) Cheveux couleur Nbr | (206) Tension artérielle (assis) | | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | Systolique 110 | Diastolique 86 | Pulsations 75 | 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, tympans, compliance tympanique | <input checked="" type="checkbox"/> | | (221) Système endocrinien, thyroïde | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | <input checked="" type="checkbox"/> | | (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 | <input checked="" type="checkbox"/> | | (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

*jeune homme de 25 ans célibataire sans enfant
non fumeur sportif bon travailleur, en bonne santé, sans
nécessité particulière, étudie et manage un
nouveau projet IFR*

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

(235) Analyse d'urine Normale anormale

Toxicologie

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

V = 36°6

Lunettes/Contact

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|------------|--|
| Œil droit sans correction | <i>no/no</i> | Corrigée à | |
| Œil gauche sans correction | <i>no/no</i> | Corrigée à | |
| Vision binoculaire, sans correction | <i>no/no</i> | Corrigée à | |

| | | | | |
|-------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Glucose | Protéines | Sang | Autres | |
| <i>0</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | | |
| Rapport annexés | | Non réalisés | Date | Nor mal |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>10/12/2017</i> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (238) ECG | | | | |
| (239) Audiogramme | | | | |