

 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

TYPE DE PERSONNEL : Contrôleur
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : ASECNA - BISSAO

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Raúl Alves da Silva</u> Prénom : <u>Victorina</u> Nationalité : <u>Bissao-Guinéenne</u> Sexe : ☒ F ☐ M Né(e) le : <u>04/10/1999</u> à : <u>Bissao</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar - 26/07/2021</u> Adresse : <u>BISSAO</u> Téléphone : <u>00245955631275</u> email : <u>victorinahecas@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur</u> Situation de famille : <u>Célibataire - Sans enfant</u>	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 proches 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 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 textes en vigueur.

Toutes fausses déclarations priveraient d'effet la décision d'aptitude et entraîneraient une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

26/07/2021
Victorina da Silva

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

4: Épilepsie occasionnelle
24: stérile

 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 : <i>Raül Alves da Silva</i>		Prénoms : <i>Victorina</i>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <i>04/10/1999</i>		Lieu de naissance : <i>Binar</i>	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <i>171</i> cm	(203) Poids <i>58</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>117</i>	Diastolique <i>74</i>	Pulsations <i>71</i>
							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, tympanes, 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 <i>Jeune femme de 21 ans célibataire, sans enfant, sans ATCD particuliers, bonne santé, en forme.</i>				

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

Œil droit sans correction	<i>9/10</i>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<i>10/10</i>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<i>10/10</i>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction Avec correction			
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒			
Œil gauche	☒			
Vision binoculaire	☒			

Glucose <i>0</i>	Protéines <i>0</i>	Sang <i>0</i>	Autres	
Rapport annexés		Non réalisé	Date <i>26/07/2021</i>	Normal Anormal
(238) ECG				
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				



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

N5 lu à 30 – 50cm

Sans correction Avec correction
Oui Non Oui Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui ☐

Non ☒

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☒

Type :

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs

(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 ☐

Non ☐

Oui ☐

Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz

500

1000

2000

3000

4000

6000

Oreille

droite

Oreille

gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

glycémie: 87mg/dl

VEMS/CV

%

Peak Flow

(l/min)

(g/dl)

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☒

Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné 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

Nom et adresse du médecin agréé

Cachet et signature

(244) Divers (Sujet ?)

☐

☐

☐

(247) Nom et signature du médecin examinateur de
médecine générale dans l'AeMC et sa proposition
d'aptitude

Avis :

Nom :

Signature :

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du
médecin agréé

☐ APTE pour la classe :

☐ INAPTE pour la classe :

☐ 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

Classe 1

☐

Classe 2

☐

Classe 3

☐