

 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 : contrôleur
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIAGNE</u> Prénom : <u>ARINATA</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>26/12/1977</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>Cité Asecna Batterie</u> Téléphone : <u>76 466 4619</u> email : <u>nasurdiou@278@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>contrôleur</u> Situation de famille : <u>Marier</u>	Activité(s) pratiques <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> 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 : 10/07/2019 Lieu : OUAKART 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		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

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

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

Date et signature du personnel aéronautique

12/07/2021



Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :
15 - Kystectomie poignet G de



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 : **DIAGNE** Prénoms : **ARINATA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **26/12/1977**
Lieu de naissance : **NAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 170 cm	(203) Poids 58 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 110 Diastolique: 71		(207) Pouls au repos Pulsations: 95 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	/		(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)

2 = 268

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contact

(235) Analyse d'urine

Normale anormale

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres
---------------------	-----------------------	------------------	--------

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

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		reporter		<input checked="" type="checkbox"/>
(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		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit					Non
Œil gauche					Non
Vison binoculaire					Non
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Type :			Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Avis :	Nom :
Signature :	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisés)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Glycémie: 0,2 mg/dl

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

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

(248) commentaires, limitations *Patiente de 44 ans mariée, 4 enfants, sans antécédents particuliers, Tabac = 0 Alcool = 0 Sport = 0 Pdét = 0, Toujours motrice, en position de renouvellement de licence avec restriction = Part de VEMS correcteur*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé
 Je soussigne 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
--------------------	---------------------------------	---------------------