

 Assistance Médicale Sénégal	FORMULAIRE
	DEMANDE EXAMEN MEDICAL

**TYPE DE PERSONNEL** : Conductrice de train  
**DEGRE** : Train  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : SETER  
**ADRESSE** : Parcelles Assainies unité 1 n° 184

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : Soumaré Prénom : Rokhaya Nationalité : sénégalaise Né(e) le : 23/05/1987 à : Pikine Lieu et date de l'examen médical : AMS 04/08/2021 Adresse : Parcelles Assainies unité 1 n° 184 Téléphone : 77-363 8581 email : sabas25@yahoo.fr Profession/activité : Commerçante Situation de famille : mariée sans enfant	<b>Activité(s) pratiques</b> Agent marketing Commerce  <b>Activités antérieures :</b> maintenancière informaticienne Technicienne en réseau Télécom
---	--

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		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 ?	X
25	Autres	X

**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

*[Signature]*

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 13 : Céphalées simples





Assistance Médicale  
Sénégal

## FORMULAIRE

### RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : Soumaï		Prénoms : Rokhaya		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 23/05/1987		Lieu de naissance : Pikine	
(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique Diastolique 117 78	(207) Pouls au repos Pulsations Rythme 74 <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier	

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 femme de 38 ans, mariée récente, sans enfant, diplômée en maintenance informatique, motivée, en bon état général, non fumeuse, alcool=0, sport=0, sans pathologie chronique connue à ce jour.

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

(235) Analyse d'urine

Normale ☒ anormale ☐

t = 36°3

Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	9/10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	10/10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	11/10	Corrigée à	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Normal	Anormal
			21/08/21	<input checked="" type="checkbox"/>	
(238) ECG					
(239) Audiogramme					





Assistance Médicale  
Sénégal

## FORMULAIRE

### RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) <b>Vision intermédiaire</b>		Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison 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"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			
(232) <b>Lunettes</b>		(233) <b>Lentilles de contact</b>			
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) <b>Perception des couleurs</b>		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>			
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA			
Nombre de tables présentées <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/>			
(234) <b>Audition</b> (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) <b>Fonction respiratoire</b>					
Biologie	Hémoglobine 11,5 g/dl		Glycémie 89 mg/dl		
(248) <b>commentaires, limitations :</b>					
(249) <b>Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé</b>					

(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 : <b>Dr François Charles NDIAYE</b> Médecin Dakar  Signature : 		
(247 bis) Décision du médecin agréé				
<input type="checkbox"/> <b>APTE pour le degré :</b> <input type="checkbox"/> <b>INAPTE pour le degré :</b> <input type="checkbox"/> <b>Remis pour une évaluation complémentaire</b> 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 <input type="checkbox"/>	Degré 2 <input type="checkbox"/>	Degré 3 <input type="checkbox"/>	