



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conductrice de train
DEGRE : TrainNOM DE L'EMPLOYEUR : SETERADRESSE : Parcelles assainies unité 1 n° 184

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>Soumaya</u>	Activité(s) pratiques <u>Agent marketing</u> <u>Commerce</u>
Prénom : <u>Rollaaya</u>	
Nationalité : <u>sénégalaise</u>	Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Né(e) le : <u>23/05/1987</u>	à : <u>Pikine</u>
Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 04/08/2021</u>	
Adresse : <u>Parcelles assainies unité 1 n° 184</u>	
Téléphone : <u>77363 8586</u> email : <u>sabale2@yahoo.fr</u>	Activités antérieures : <u>maintenance</u> <u>informatique</u> <u>Técnicienne en réseau telecom</u>
Profession/activité : <u>Commercante</u>	
Situation de famille : <u>mariée, sans enfant</u>	

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence ferroviaire ? OUI NONSi OUI : Date : / / Lieu : Nom du médecin :Vous avez été déclaré : Apté InapteAntécédents 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 »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	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 Oeil : 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		

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.

Date et signature du personnel ferroviaire

Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

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



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : Soumaï		Prénoms : Rokhaya		Date de naissance 23/05/1987 (JJ/MM/AAAA): 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		(207) Pouls au repos	
					Systolique 117	Diastolique 78	Pulsations 74	Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	Anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	X
(209) Cavité bucale, gorge, dents	X		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	X
(210) Nez, sinus	X		(220) système génito-urinaire	X
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	X		(221) Système endocrinien, thyroïde	X
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	✓		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	X
(213) Yeux - pupilles	X		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	X
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	✓		(224) Examen neurologique- réflexes etc	X
(215) Poumons, thorax, seins	X		(225) Psychiatrie	X
(216) Cœur	X		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	X
(217) Système vasculaire	X		(227) Etat général	X

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Jeune femme de 30 ans, manié facile, sans effort, dyslipidémie en maintenue régulière, maitrisé son état personnel, non fumeuse, théobromine, sportifs, sans pathologie chronique connue à ce jour.

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

(235) Analyse d'urine

Normale anormale

$t = 36^{\circ}3$

Toxique: 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contac t

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 réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			dd/08/21	X	
(239) Audiogramme	-				



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire		Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
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 <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/>			
(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"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000
Oreille droite					
Oreille gauche					

(236) Fonction respiratoire

Biologie	Hémoglobine 11,5 g/dl	Sanguinolence 85 mg/dl
----------	--------------------------	---------------------------

(248) commentaires, limitations :

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

(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 : 

(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 :

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"/>
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------