



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Chef du COF / Encadrement
DEGRE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER
ADRESSE : SMR Colobane

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : <u>MBAYE</u>	Activité(s) pratiques : <u>Responsable du Centre Ferroviaire</u>
Prénom : <u>Mouhamadou Noustapha</u>	
Nationalité : <u>Française</u>	Sexe : ☐ F ☒ M
Né(e) le : <u>30/03/78</u>	à : <u>Dakar</u>
Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS Fann</u>	
Adresse : <u>Rue de Louga - Point E</u>	Activités antérieures : <u>Cadre Transport</u>
Téléphone : <u>77-8435928</u>	email : <u>moustapha.mbaye@seter.sn</u>
Profession/activité : <u>Chef du COF</u>	
Situation de famille : <u>Marie - 3 enfants</u>	

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence ferroviaire ? ☒ OUI ☐ NON

Si OUI : Date : 04/2018 Lieu : Bordeaux Nom du médecin : Cabinet SNCF

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 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
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 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 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

09/08/21

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 15: Chirurgie Abus Volonté Paul Goussier en 2015
22: Barotraumatisme : Hypo- et tropie



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : MBANE		Prénoms : Moukhamadou Noustapha		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 30/03/1978	
				Lieu de naissance : Dakar	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 189 cm	(203) Poids 89 kg	(204) Yeux couleur Amer	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 135 Diastolique 83
					(207) Pouls au repos Pulsations 72 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, 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

Homme de 38 ans, marié, 3 enfants, diplômé en Transport et Logistique par l'Université de la Sonce, motivé par le projet VETER de son pays natal. Bon état général, Poids de VC, Spot $\frac{1}{2}$ Talc = 0 Alcool = 0. Poids = 0, et a subi une chirurgie corrective de l'Ank Valpère en 2015 sous anesthésie - VC = Appareil métroscopie.

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

(235) Analyse d'urine

Normale ☒ anormale ☐

Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact

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

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres
Rapport annexés	Non réalisés	Date	Normal Anormal
(238) ECG		01/04/2015	☒
(239) Audiogramme			

 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		☒			
Œil gauche		☒			
Vison binoculaire		☒			
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				☒	
Œil gauche				☒	
Vison binoculaire				☒	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui ☒ Non ☐		Oui ☐		Non ☐	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs	Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>10</i>	Nombre d'erreurs <i>1</i>

(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	
Biologie	<i>Glycémie 84 mg/dl</i>

(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 : <i>Dr François Charles NDIAYE</i> Médecin Dakar Signature: <i>[Signature]</i>
--------	--

(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
	☐	☐	☐

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé
