



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 : TNC

CLASSE : 2

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL S.A.

ADRESSE : RTE KING FAHD PALACE, N° 2 B

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SADIO</u> Prénom : <u>ASSANE</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>17/01/1969</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS // 15/11/2022</u> Adresse : <u>LOT 3, FACE N°5 CITE ADAMA DIOP, YOFF MBENGUENE.</u> Téléphone : <u>706247177</u> email : <u>assanesadio01@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>PERSONNEL NAVIGANT DE CABINE</u> Situation de famille : <u>MARIE</u>	Activité(s) pratiques <input checked="" 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 : 12/05/22 Lieu : AMS Nom du médecin : PATRICK CORREA

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 »			Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON	14	Troubles du sommeil	<input checked="" type="checkbox"/>
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies de foie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	25	Autres	<input type="checkbox"/>
13	Migraines	<input type="checkbox"/>	<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 testes en vigueur.

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

Date et signature du personnel aéronautique
15-11-2022

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



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 : SADIO	Prénoms : ASSANE	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 17/01/1969
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille : 180 cm	(203) Poids : 80 kg
	(204) Yeux couleur : Noir	(205) Cheveux couleur : Noir
	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 135 Diastolique : 82 Pulsations : 68	
	(207) Pouls au repos <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier	

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, tympan, 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.
PAE Chef Colonel Air Sénégal, marié 3 enfants, motivation psychologique, bon état général, aucun trouble particulier, âge = 53 ans

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

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

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
-----------------	-------------	------	--------	---------

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire			<input checked="" type="checkbox"/>	

(238) ECG	15-11 2009	9.
(239) Audiogramme		
(240) Examen Ophtalmologique		
(241) Examen ORL		
(242) Lipides sanguins		
(243) Fonctions respiratoires		
(320) Tonométrie G :		





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			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire			<input checked="" type="checkbox"/>	
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques
Nombre de tables présentées 20 Type ISHIHARA
Nombre d'erreurs 0

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

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

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

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Gly = 105 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"/>
		13,6 g/dl

(248) commentaires, limitations :
Pour l'examen glycémie Apté classe 2 → 31-05-2017

(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
10-11-2017

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Apté classe 2 correcte*

Nom :
Signature :
Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773