



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **GNAMY** Prénoms : **EMMANUEL** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **22-09-1979**  
 Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>180 cm</b>	(203) Poids <b>72 kg</b>	(204) Yeux couleur <b>NOIRS</b>	(205) Cheveux couleur <b>NOIRS</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>110</b> Diastolique <b>80</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>86</b> Rythme <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"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympanes, compli. tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) État général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**OSL. 737, Falcaux. 48 ans; Anus Erupt.**

**Tabaux  
 Acl = accl.  
 Delt = o.  
 Spaut = reg.**

**Acuité visuelle** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)  
 (229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

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

(230) **Vision Intermédiaire** sans correction avec correction  
 N14 lu à 100cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) **de près** sans correction avec correction  
 N5 lu à 30 - 50cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) **Lunettes** Oui  Non  Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) **Lentilles de contact** Oui  Non  Type : Cylindre Axe Ajouter

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale   
 Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A  
 Nombre de tables présentées Nombre d'erreurs

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisés)  
 Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur

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

Audiométrie éventuelle  
 Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000  
 Oreille droite  
 Oreille gauche

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min) Normal  Anormal

(237) **Hémoglobine** (g/dl) Normal  Anormal  **13,8**

(235) **Analyse d'urine** Normale  Anormale   
 Glucose  Protéines  Sang  Autres

**Rapports annexés**

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	13-09-21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	12-09-21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	13-09-21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	13-09-21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **Fct/Apt.**

Nom : **Dr Patrick CORREA**  
 Médecin Agrégé de  
 MD/00/ANACS/DTA/08  
 DSAC N° 3857

(247) **Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

**APTE pour la classe :**  
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) 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	LAPL	PNC/CCA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) **Commentaires, limitations :**

**Apté classe 1 → 26-10-2022  
 Fct classe 1 → 26-10-2022.**

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**  
 Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : **13-09-21** et lieu : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :  
**Dr Patrick CORREA**  
**3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :  
**Dr Patrick CORREA**  
 Médecin Agrégé de  
 MD/00/ANACS/DTA/08  
 DSAC N° 3857

Numéro d'AME :  
 Réf Rapport examen médical 03.09.2019