



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 : PNT
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : SAM AIRWAYS
ADRESSE : SICAP LIBERTE 3 N° 1810B

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>GNAMY</u> Prénom : <u>EMMANUEL</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>22/09/1979</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>DAKAR, le 07/09/2023</u> Adresse : <u>SICAP LIBERTE 3 N° 1810B</u> Téléphone : <u>77-1537413</u> email : <u>MANGNAMY@YAHOO.FR</u> Profession/activité : <u>PILOTE</u> Situation de famille : <u>MARIÉ 2 ENFANTS</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 : <u>7850h</u>
--	---

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

Si OUI : Date : 5/9/2022 Lieu : DAKAR Nom du médecin : DR. 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 »

	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21 Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		<input checked="" type="checkbox"/>
25 Autres		<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 informé 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 entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

DAKAR le 07/09/2023

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 : **GNAMY** Prénoms : **ENMANUEL** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **22/09/1979**
Lieu de naissance : **DARAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 181 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 105 Diastolique 69		(207) Pouls au repos Pulsations 55 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> irrégulier <input type="checkbox"/> 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
EDB Falcon 8x 44ans Namid Craft

Tdole = 0
Ade = 0
Spant = 0
Hane = 0

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	
		t	
Œil droit sans correction	Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction	
	N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non
Œil droit		✓	
Œil gauche		✓	
Vision binoculaire		✓	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG			07-09 2023	✓
(239) Audiogramme			07-09 2023	✓
(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

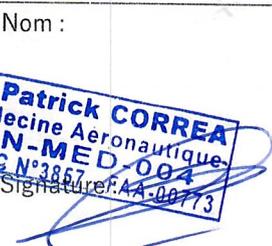
(231) de près		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>	
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Type :			Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : 

Nom : 

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773
Signature: FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées  Nombre d'erreurs 

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

Remis pour une évaluation complémentaire

dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

(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

Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	--

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 :

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	138 (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"/>

age = 49

(248) commentaires, limitations :
Port Casque optique *Apté classe 1 -> 30-03-2024*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé
Je soussigne 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 <i>07-09-2023</i>	Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet et signature Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
---	---	---

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **EMMANUEL GNAMY**

Né(e) le : **22/09/1979** à DAKAR Age : ... **43 ANS**.....

Demeurant : ... **1810 SICAP LIBERTE III**.....

REPOND..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **07/09/23**

Limite de validité : **31/03/24** Durée de validité : **6 MOIS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



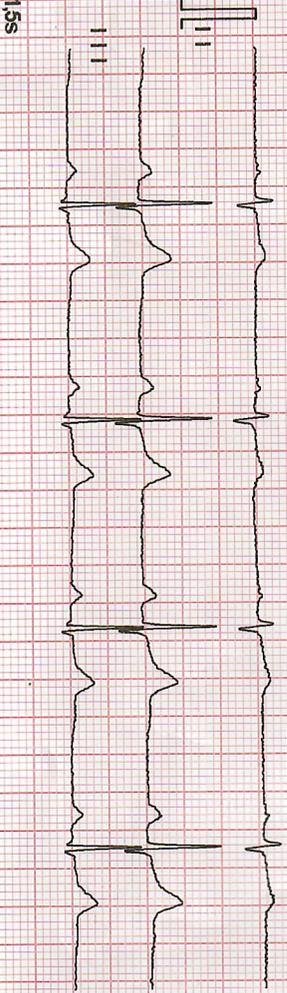
Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.

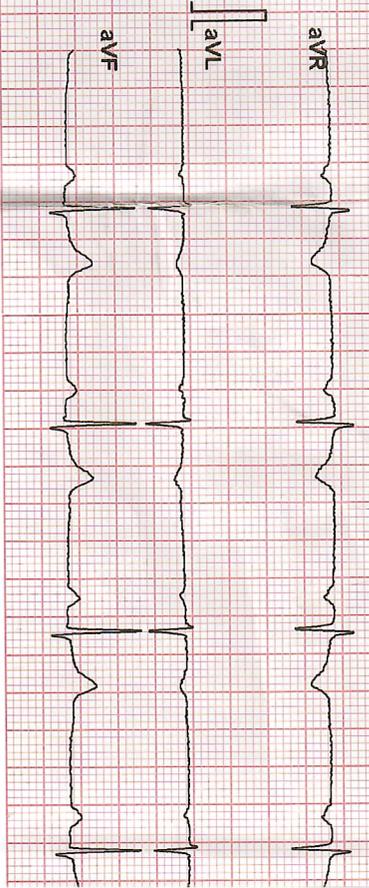
BTL-08 SD3 DIAG 3032 FW-4.750000
Aut

07/09/2023 10:50:57

25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1.5s



HR = 52

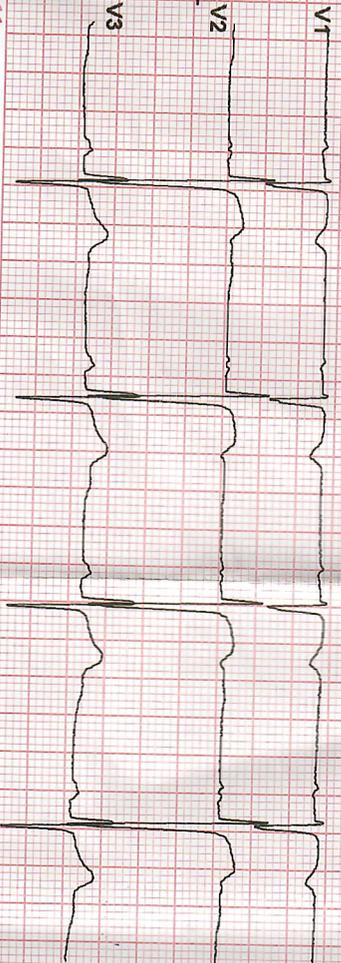


C 0197

C 0197

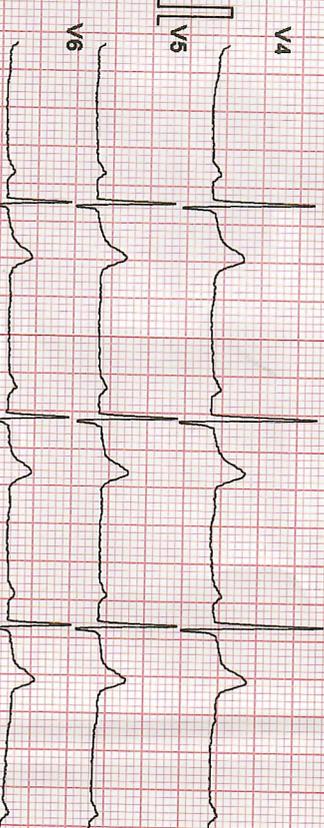
HR = 52

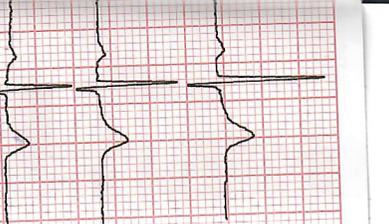
C 6187



HR = 52

C 6187





[mV]	P+	P-	Q	R	S	R	S	T+	T-	ST	STs [mV/s]
I	56	-	-	208	-245	-	-	124	-	1	345
II	179	-	-	985	-313	-	-	447	-	28	550
III	141	-	-88	967	-113	-	-	317	-	22	208
aVR	-	-112	-534	120	-466	-	-	-	-286	-15	-450
aVL	-	-88	-	273	-206	-	-	-	-95	24	61
aVF	155	-	-	977	-726	-	-	379	-	24	402
V1	-	-	-	107	-1902	-	-	-	-119	24	61
V2	-	-	-	628	-1902	-	-	191	-	49	1047
V3	106	-	-	664	-955	-	-	329	-	36	821
V4	101	-	-	1443	-389	-	-	462	-	13	524
V5	98	-	-	1056	-287	-	-	393	-	13	377
V6	93	-	-	865	-164	-	-	343	-	14	295

SF 53 1/min
 RR 1142 ms
 P 100 ms
 QRS 98 ms
 PQ 186 ms
 QT 406 ms
 QTc 379 ms
 P axis 74°
 QRS axis 95°
 T axis 69°

DEVIATION AXE DROIT
 ECG NORMAL
 RYTHME SINUSAL

F. KANDOLAR

- J. KANDOLAR

07-09-2023