





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 : *Tidiane* Prénoms : *Guissé* Date de naissance *18/12/1976*  
(JJ/MM/AAAA):  
Lieu de naissance : *NDIOM*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>192</i> cm	(203) Poids <i>160</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
	Systolique <i>153</i>	Diastolique <i>106</i>	Pulsations <i>79</i>	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier			

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
*Cont. oculaire Anémien. L. 7 axes. Anis h. cell. b. (226) Cicat. L'ap. oculaire (226). Prise TA au repos = 153/106 = HTA*

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	<i>10</i>		
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<i>10</i>		
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<i>10</i>		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm			<i>g</i>	
Œil droit			<i>g</i>	
Œil gauche			<i>g</i>	
Vision binoculaire			<i>g</i>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal
(238) ECG			<i>31-08 2023</i>	<i>g</i>
(239) Audiogramme			<i>31-08 2023</i>	<i>g</i>
(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				<i>d</i>	
Œil gauche				<i>d</i>	
Vison binoculaire				<i>d</i>	
(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 ?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : *Apté*

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : *[Signature]*

**Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	<i>90</i>	Type ISHIHARA	<i>0</i>
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs	

(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 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

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	<i>13,2</i> (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		<i>13,2</i>

(248) commentaires, limitations : *Pant Cauchemien grise*

*Apté classe 3 -> 30-09-2024*

(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 : *SA-08-2023*

Nom et adresse du médecin agréé : \_\_\_\_\_

Cachet et signature : **Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aéronautique  
SN-MED-004  
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 type="checkbox"/>	Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

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

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **TIDIANE GUISSÉ**

Né(e) le : **18/12/1976** à **NDIOUM...** Age : **...46 ANS.....**

Demeurant : **...OUAKAM CITE ASECNA VILLA N°233.....**

**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 : **31/08/23**

Limite de validité : **30/09/24** Durée de validité : **... 1 AN .....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : .....

**PORT DE VERRES OBLIGATOIRE**

Signature et cachet

  
**Dr Patrick CORREA**  
 Médecine Aéronautique  
**SN-MED-004**  
 DGAC N°3857 - FAA-00773

*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.*