

 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 : CONTROLEUR
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIENE</u> Prénom : <u>SEBASTIEN</u> Nationalité : Né(e) le : <u>17/05/1979</u> à : <u>Tivaouane</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar le 12-09-2023</u> Adresse : <u>AMS DIASS/AEROPORT</u> Téléphone : <u>77432242</u> email : <u>sebastiendiene@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marié trois enfants</u>	Activité(s) pratiques <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : <u>Contrôleur aérien</u> Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>DIASS</u> 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 : 28/09/2021 Lieu : Nom du médecin : 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		X
2	Taux de cholestérol élevé		X
3	Maladie respiratoire		X
4	Maladies de l'estomac		X
5	Maladies du foie		X
6	Diabète		X
7	Maladies rénales		X
8	Maladies articulaires et du dos		X
9	Maladie thyroïdienne		X
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		X
12	Vertiges, pertes de connaissance		X
13	Migraines		X

		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		X
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?		X
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		X
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		X
25	Autres		X

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.

Date et signature du personnel aéronautique

12-09-2023

SBA

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 : **DIENE**

Prénoms : **SEBASTIEN**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **17-05-1979**
Lieu de naissance : **Tiravaouane**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 87 kg	(204) Yeux couleur Noirs	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos
					Systolique 101	Diastolique 71	

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)		
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	
(211) Oreilles, tympans, 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

Contrôle. Aussen. Licham. Haut 3erft.

**Tabac = 0
Alc = 0
Sport = ok
Alti = 0**

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact

	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	09	Corrigée à	<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche sans correction	06	Corrigée à	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire, sans correction	09	Corrigée à	<input checked="" type="checkbox"/>	
(230) Vision intermédiaire				
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

(235) Analyse d'urine

Normale anormale

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			12-09 2023	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(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

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	H ₂ O ₂ (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 = 28

(248) commentaires, limitations :
*CR ophtalme = RAS + constatation aptitude
=> fait conclusion aptitude*

(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

Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

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

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Inapte*

Nom : *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

APTÉ pour la classe :
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :
Le destinataire : *ophtalme*
Le motif : *BAU de l'oeil*

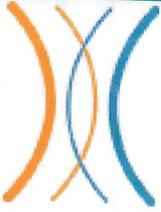
Renvoi/Concertation
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
Décision n° Du

Libellé :

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

apté classe 3 -> 30-09-2014

Pure tone audiometry



Operator :PATRICK CORREA

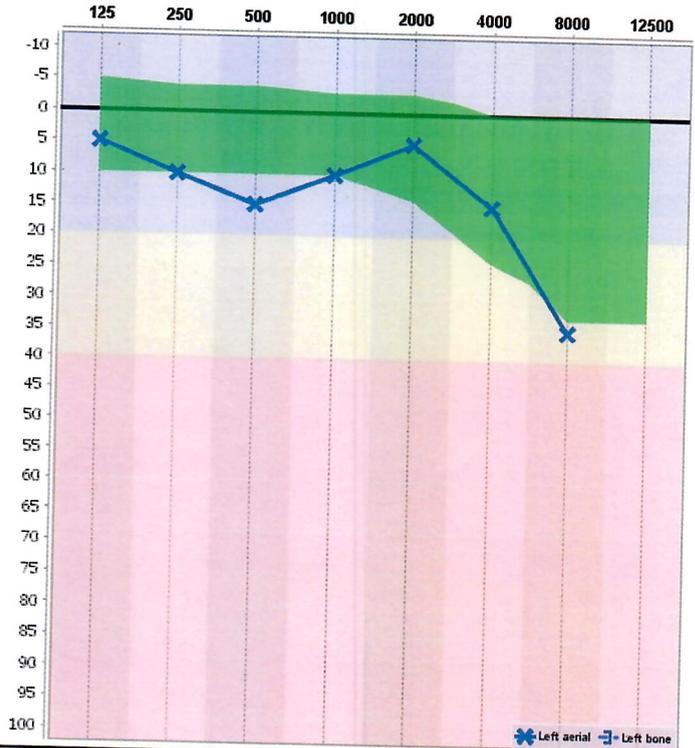
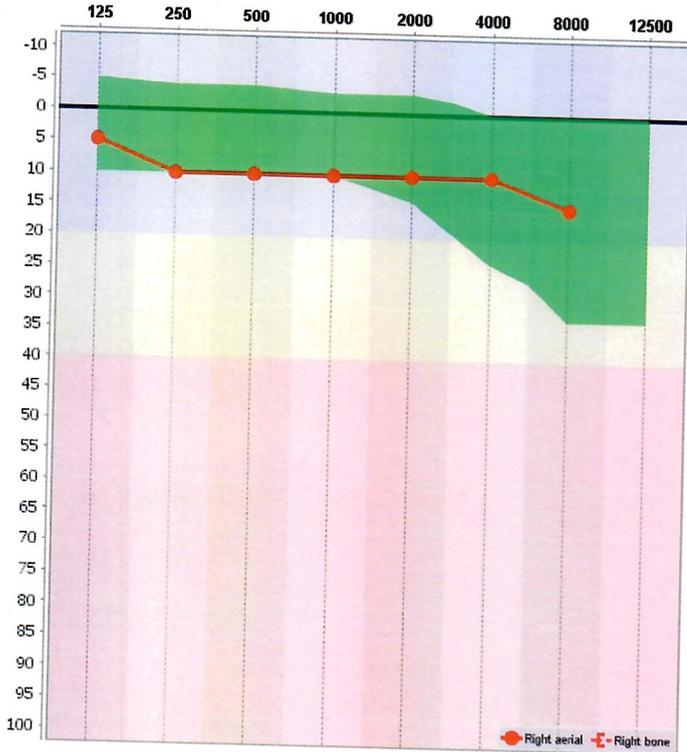
Patient **SEBASTIEN DIENE**

Date of Birth 17 May 1979

Measurement date 12/09/2023 08:39:50

Right

Left



	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz
Left :	15 dB	10 dB	5 dB	N/C	15 dB	N/C	35 dB
Result: 1+2+3+4+6	Total = N/C						
Unilateral Result: 1+2+3+4	(A)	Total = N/C					
Rapid Hearing Loss: 3+4+6 (compare to previous result; refer >=30dB differ.)	Total = N/C						
Right :	10 dB	10 dB	10 dB	N/C	10 dB	N/C	15 dB
Result: 1+2+3+4+6	Total = N/C						
Unilateral Result: 1+2+3+4	(B)	Total = N/C					
Rapid Hearing Loss: 3+4+6 (compare to previous result; refer >=30dB differ.)	Total = N/C						
Difference between (A) & (B)	N/C	>40dB is a unilateral loss (needs referral for any unknown issues)					
Result Category:	Right = N/C			Left = N/C			
HSE Categorisation	N/C						

Notes

Device used for the measurement
 Device : OtoWin
 S/N : 20605 - 014
 Firmware : : 1.2.0e
 Hardware : elios3
 Stimulator : DD45 HI
 Calibration date : 02/03/2020



COMPLEXE MEDICAL DE LA CORNICHE OUEST
Rue Léo Frobenius prolongée - Tél: +221 33 824 99 29

Dr Smaïl BERRAKI

Ophtalmologue
Maladies et Chirurgie des yeux
Chirurgie des paupières
BP 23136 Dakar Ponty
NINEA 24777860S1

Dakar le 12/09/2023 09:45

Monsieur Sebastien DIENE

ORDONNANCE LUNETTES

-Une Monture :

OEIL DROIT : -0,75

OEIL GAUCHE : -1,00

- DIP = 74 mm

- Photochromic

- Antireflets

Complexe Médical de la Corniche Ouest
Dr. Smaïl BERRAKI
Ophtalmologiste
Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie des Paupières
Tél: 33 824 99 29

Reevaluation AV après confection.

OD = 10/10.

OG = 10/10.

 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 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 : **SEBASTIEN DIENE**

Né(e) le : **17/05/1979** à TIVAOUANE... Age : **...44 ANS**.....

Demeurant : **...DIASS AEROPORT**.....

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 : **12/09/23**

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

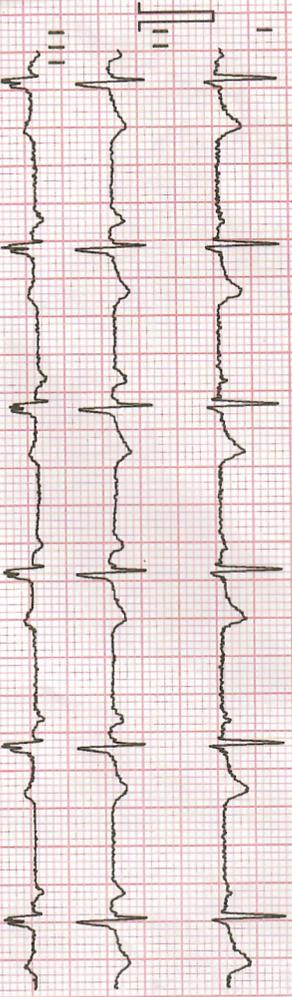
Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

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.

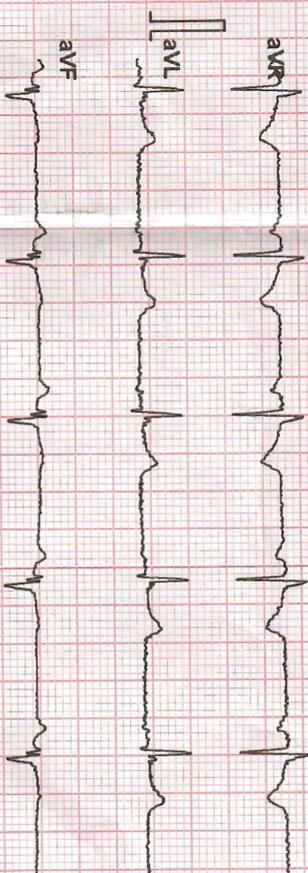
BTL-08 SD3 DIAG 3032 FW:4750000
Aut

12/09/2023 08:39:54

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



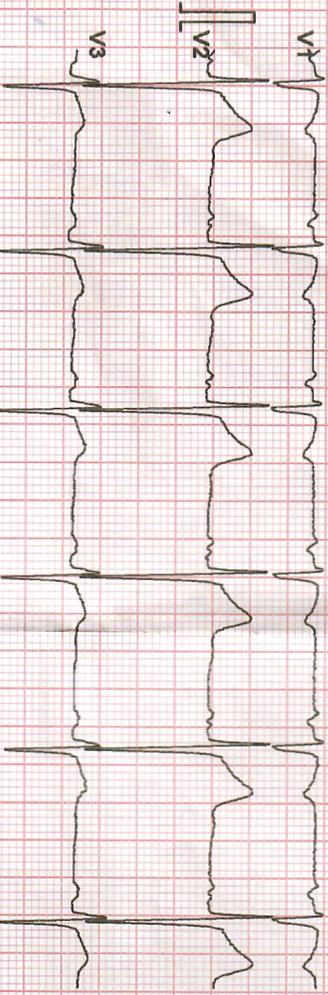
HR = 65



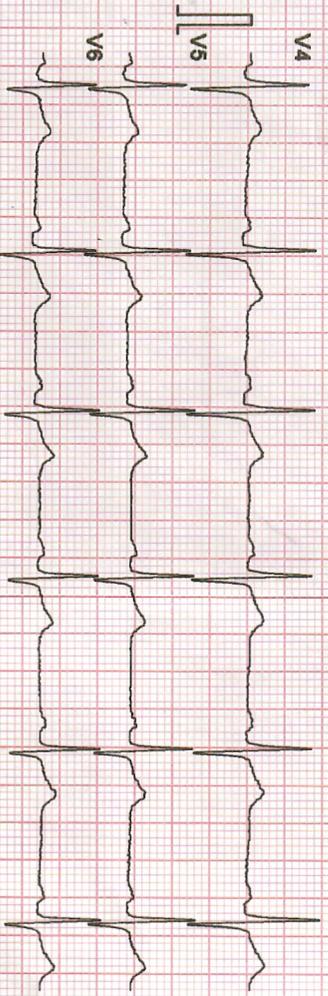
CC 0197

CC 0197

HR = 85



HR = 85



CC 0197

CC 0197



[µV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs [µV/s]
I	94	-	-35	741	-155	-	-	333	-	36	707
II	162	-	-	451	-481	-	-	223	-	9	729
III	125	-	-	110	-349	-	-	-	-102	-12	0
aVR	-	-124	-632	315	-	-	-	-	-274	-25	-691
aVL	-	-45	-72	528	-	-	-	218	-	29	362
aVF	137	-	-	528	-	-	-	69	-	-3	369
V1	46	-80	-	73	-37	38	-386	-	-	-	-293
V2	78	-	-	134	-539	-	-	587	-133	39	1775
V3	89	-	-	863	-1716	-	-	187	-	59	924
V4	80	-	-	427	-948	-	-	233	-	36	855
V5	83	-	-	893	-758	-	-	225	-	20	681
V6	82	-	-	848	-399	-	-	218	-	13	701

SF	RR	P	QRS	PQ	QT	QTc	axis P	axis QRS
65 1/min	924 ms	100 ms	114 ms	146 ms	366 ms	380 ms	64°	64°

DR Patricia BOUTIER
 DR Jean-Philippe BOUTIER
 DR Stéphanie FAU-00713
 DGA-10573

DEMONSTRATION AXE GAUCHE MARQUE
 REG. MARQUE
 RYTHME SINUSAL

BAS

Dierna