

 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 : CONTROLLEUR ARRIVER
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : _____

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SENE</u> Prénom : <u>MAME ALIOWME</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>30/12/1976</u> à : <u>MGAPARON</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> <u>11-09-23</u> Adresse : <u>MGAPARON</u> Téléphone : <u>77-70124211</u> email : <u>SENEALIOWME@SECNA.CO.DF</u> Profession/activité : <u>CONTROLLEUR ARRIVER</u> Situation de famille : <u>MARIE</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 : 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 : 30/09/21 Lieu : AMS Nom du médecin : DOCTEUR 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 »

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Troubles cardiaques, hypertension artérielle	Taux de cholestérol élevé	Maladie respiratoire	Maladies de l'estomac	Maladies du foie	Diabète	Maladies rénales	Maladies articulaires et du dos	Maladie thyroïdienne	Tumeur ou maladie cancéreuse	Oeil : choc, maladies, troubles visuels	Vertiges, pertes de connaissance	Migraines

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"/>	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			<input checked="" type="checkbox"/>
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 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
11-09-2023


Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :
207. Calcul renaux. = RAS



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 : **SENE**

Prénoms : **MAME ALIOWNE**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **30-12-78**
Lieu de naissance : **MEXPAROU**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 176 cm	(203) Poids 62 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 120 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations 69 Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

Examen clinique : Cochez chaque item	normal		anormal	
	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, compli- ance 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

Contusion frontale à 7 ans. Noix de selles.

**Tension = 120/70
SpO2 = 98%
Mdt = 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			
	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche sans correction			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire, sans correction			<input checked="" type="checkbox"/>	
(230) Vision intermédiaire				
N14 lu à 100cm				
Œil droit			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire			<input checked="" type="checkbox"/>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réali- sé	Date	Nor- mal	Anor- mal
(238) ECG			14-05-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			14-05-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophtalmologique			14-05-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G : D : mmHg					



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
correction

N5 lu à 30 - 50cm

Œil droit				
Œil gauche				
Vision binoculaire				

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Oui Non

Type : Type :

réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 09 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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Hémoglobine (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 = 0,75

(248) commentaires, limitations:
Part Conclusion aptitude Apté classe 3 → 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
14-09-2023
Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : Nom :
Apté
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"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
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 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 : **MAME ALIOUNE SENE**

Né(e) le : **30/12/1976** à **NGAPAROU**... Age : **...46 ANS**.....

Demeurant : **...NGAPAROU**.....

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 : **14/09/23**

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

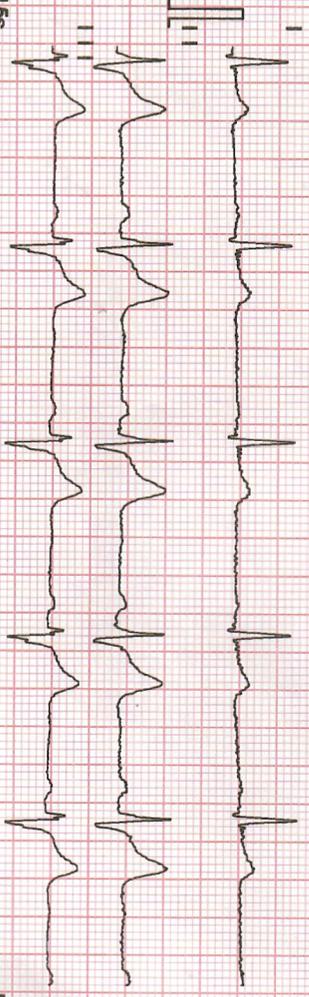
Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluator 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.

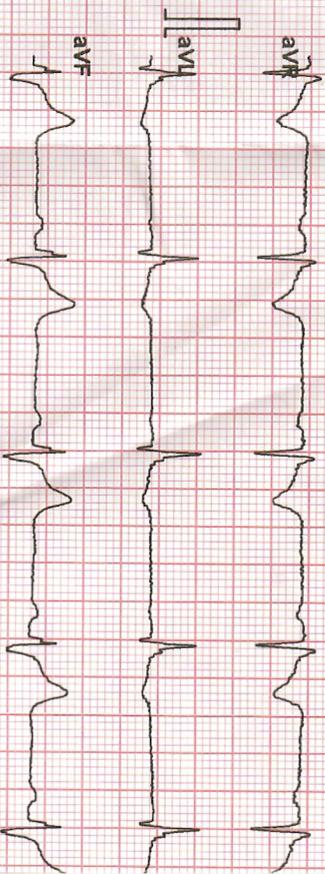
BTL-08 SD3 DIAG 3032 FW:4/5.0000
Aut

14/09/2023 09:09:16

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



HR = 59

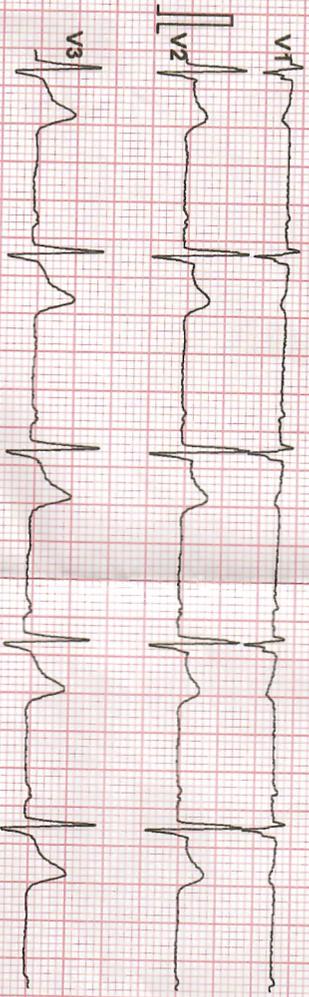


CE 0187

CE 0187

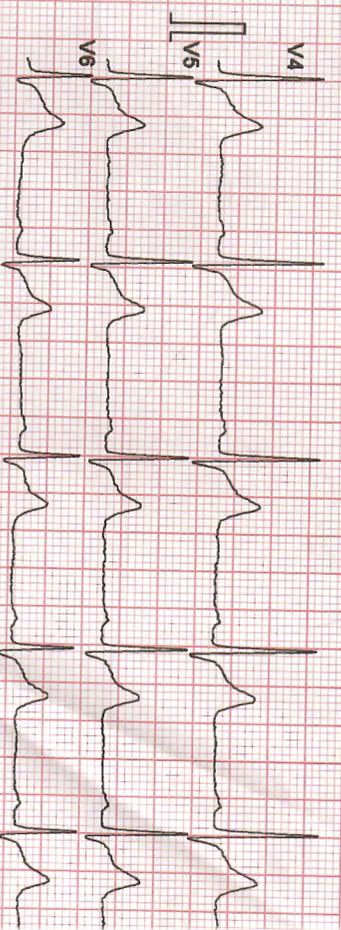
HR = 59

CE 0187



HR = 59

CE 0187



[uV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs [uV/s]	SF	RR	60 1/min
I	40	-	-80	725	-	-	-	188	-	34	432	P	992 ms	
II	110	-	-	702	-325	-	-	620	-	90	284	QRS	106 ms	
III	77	-	-	236	-555	-	-	431	-	63	1003	PQ	130 ms	
aVR	-75	-	-643	162	-	-	-	-	-402	-61	-823	QT	178 ms	
aVL	-	-	-155	628	-	-	-	-	-119	-11	-370	QTc	378 ms	
aVF	92	-	-	369	-336	-	-	527	-	75	1142	axis P	379 ms	
V1	44	-	-	169	-366	-	-	-	-62	44	-283	axis QRS	89°	
V2	45	-	-	874	-421	-	-	344	-	137	432	axis T	71°	
V3	71	-	-	919	-305	-	-	558	-	112	1200	axis		
V4	73	-	-	1402	-336	-	-	574	-	78	1309			
V5	69	-	-	1149	-230	-	-	496	-	57	1030			
V6	56	-	-	848	-197	-	-	446	-	64	970			

Dr Patrick CORREA
 Médecin Aéronautique
 SN-ME-004
 DGAC N°3852-FAA-00773

DEVIATION AXE GAUCHE
 BLOC DE BRANCHE DROIT
 ECG ANORMAL
 RYTHME SINUSAL

RRS

M. Anne P. P. P.
 S. S. S.