

| | | | |
|---|---|------------------------------------|------------------------|
|  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 : ATCO SN
CLASSE : classe 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : BP 8103

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|--|---|
| Nom : <u>SANDWIDI</u> Prénom : <u>MAMADOU</u> Nationalité : Né(e) le : <u>31/12/1962</u> à : <u>Fada N'GOURMA</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>CORREA</u> Téléphone : <u>776313476</u> Email : <u>sandwima@yakoo.fr</u> Profession/activité : <u>contrôleur / chef unité</u> Situation de famille : <u>Naïve</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 : : ___ / ___ / 2024 Lieu : CORREA Nom du médecin :

Vous avez été déclaré : Apte Inapte D^r CORREA

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

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



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 : STANWIDI Prénoms : Prénom Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 31/12/1962
Lieu de naissance : Fada N'Gourou

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille <u>1,80</u> cm | (203) Poids <u>84</u> kg | (204) Yeux couleur <u>Vert</u> | (205) Cheveux couleur <u>Blond</u> | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>130</u> Diastolique <u>80</u> | (207) Pouls au repos Pulsations <u>74</u> 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 | <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) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (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

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

(235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

| Œil droit sans correction | Corrigée à | Lunettes/Contact | |
|-------------------------------------|------------|------------------|--|
| | | t | |
| Œil droit sans correction | Corrigée à | <u>10</u> | |
| Œil gauche sans correction | Corrigée à | <u>10</u> | |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à | <u>10</u> | |

(230) Vision intermédiaire

| N14 lu à 100cm | Sans correction | | Avec correction | |
|-------------------|-----------------|-----|-------------------------------------|-----|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Œil gauche | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Vison binoculaire | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |

| Glucose | Protéines | Sang | Autres | |
|-------------------------------|-----------|-------------|-------------------|-------------------------------------|
| <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | | |
| Rapport annexés | | Non réalisé | Date | Nor mal / Anor mal |
| (238) ECG | | | <u>10-06-2017</u> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme | | | | |
| (240) Examen Ophtalmologique | | | | |
| (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
 N5 lu à 30 – 50cm

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| Oui | Non | Oui | Non |
|-----|-----|-----|-----|

Œil droit Oui Non Oui Non

Œil gauche Oui Non Oui Non

Vision binoculaire Oui Non Oui Non

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Oui Non

Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
 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 |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

| | |
|---|---|
| Oreille droite | Oreille gauche |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input 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) | 15,4 (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"/> |

(248) commentaires, limitations : *Pour conclure 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 : 10-05-2017

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 : *Apte*

Nom : *Dr Patrick CORREA*

Signature : *Dr Patrick CORREA*

Dr Patrick CORREA
 Médecin Aeronautique
 MD/004/ANACS/DTA/08
 DGAC N° 3657 - 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"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|

Apte classe 3 -> 30-11-2017

Cachet et signature : *Dr Patrick CORREA*

Dr Patrick CORREA
 Médecin Aeronautique
 MD/004/ANACS/DTA/08
 DGAC N° 3657 - FAA 00773