

 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 : Pilote
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : Arc en Ciel S.A.
ADRESSE : Aéroport Leopold Senghor, Yoff

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SKRIDEU</u> Prénom : <u>ISAH</u> Nationalité : <u>Luxembourgeois</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>21/04/1981</u> à : <u>Belgrade, Serbie</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : <u>Alma die zone 14 Bloc 6</u> <u>Dakar</u> Téléphone : <u>7721-98128</u> email : <u>isah@arcencielairline.com</u> Profession/activité : <u>Pilote</u> Situation de famille : <u>Marié</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>Gossy</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>1000h</u>
--	--

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

Si OUI : Date : 05/01/2021 Lieu : Dakar Nom du médecin : Majdi M Kaout

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

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

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 textes 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

10.11.2021

[Signature]

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 : SKRIBELJ		Prénoms : ISAH		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 21.04.1981		Lieu de naissance : Belgrade, Serbie	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 184 cm	(203) Poids 90 kg	(204) Yeux couleur Bleu	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 120 Diastolique : 80		(207) Pouls au repos 64
							Rythme ☐ irrégulier ☒ 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, tympons, 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

Pilates, Puft, classe 1. SEP-NEP-SEP-40ans.
Lame = levé

Tabac = oui
Alc = oui
TH = 0
Sport = 1/2

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

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
(238) ECG			10-11 21	☒
(239) Audiogramme			10-11 21	☒
(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 N5 lu à 30 – 50cm <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">Sans correction</th> <th colspan="2">Avec correction</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Œil droit</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Œil gauche</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Vison binoculaire</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Sans correction		Avec correction				Oui	Non	Oui	Non	Œil droit		X				Œil gauche		X				Vison binoculaire		X				(244) Divers (Sujet ?) ☐ ☐ ☐ ☐		(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Avis : Apt </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Nom : Signature :  Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/OTA/08 DGAC N° 3857 - FAA 00773 </td> </tr> </table>		Avis : Apt	Nom : Signature :  Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/OTA/08 DGAC N° 3857 - FAA 00773
		Sans correction		Avec correction																																	
		Oui	Non	Oui	Non																																
Œil droit		X																																			
Œil gauche		X																																			
Vison binoculaire		X																																			
Avis : Apt	Nom : Signature :  Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/OTA/08 DGAC N° 3857 - FAA 00773																																				
(232) Lunettes Oui ☐ Non ☒		(233) Lentilles de contact Oui ☐ Non ☐		(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 :																																	
(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐		Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter		(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisé) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2"></th> <th>Oreille droite</th> <th>Oreille gauche</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur</td> <td>Oui ☒ Non ☐</td> <td>Oui ☒ Non ☐</td> </tr> </table>				Oreille droite	Oreille gauche	Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐																								
		Oreille droite	Oreille gauche																																		
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐																																		
(236) Fonction respiratoire <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>VEMS/CV %</th> <th>Peak Flow (l/min)</th> <th>(g/dl)</th> </tr> <tr> <td>Normal ☐ Anormal ☐</td> <td>Normal ☐ Anormal ☐</td> <td>Normal ☐ Anormal ☐</td> </tr> </table>		VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	(237) Hémoglobine Glycémie: 96 mg/dl		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 :																											
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)																																			
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐																																			
(248) commentaires, limitations : Apt classe 1 → 30-11-2022		(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé Je soussigné 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.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Champ d'application du certificat</th> <th>Classe 1</th> <th>Classe 2</th> <th>Classe 3</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">☒</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3		☒	☐	☐																								
Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3																																		
	☒	☐	☐																																		
(250) Lieu et date 10-11-2021		Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL		Cachet et signature 																																	