

 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 : contrôleur NA
CLASSE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASERNA
ADRESSE : Aéroport militaire L.S.S. Yoff

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : DIA Prénom : MARIEME SODA Nationalité : SENEGALAISE Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : 26/05/85 à : Dakar Lieu et date de l'examen médical : 19/11/2019 AMS Adresse : 359 uté belvédère dalifout Téléphone : 77-655-8080 email : dasoboo@yahoo.fr Profession/activité : contrôleur de l'ACA Situation de famille : Mariée avec 2 enfants	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 : **30/11/2019** Lieu : **HYLO** Nom du médecin : **DR DEHALLO**
 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	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" 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) :

1 fermeture ciliaire mai 2011
1996 . Pentonite . = BAS.
23 / port de lunettes de 2001 à 2009 pour astigmatisme
23 / hyperostéoparagénésie sélective pour trompes nouées



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	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

(232) Lunettes

Oui Non

Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui Non

Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(244) Divers (Sujet ?)

<input type="checkbox"/>	<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 : *Apt.*

Nom : _____

Signature : *Patrick CORREA*

Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACSI/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées *20* Type ISHIHARA

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'examinateur

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine *Glycémie : 88 mg/dl*

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(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 : *CT = 2,31 g/l. LDL = 1,71 g/l. TGT = 74. Apté classe 3 → 12-11-2023*

(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 *12-11-2023*

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

Cachet et signature **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACSI/DTA/08
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

CLASSE 2

CLASSE 3

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **MD 004 ANACS DT 08**

Certifie que M : **MARIEME SODA DIA**

Né(e) le : **26/05/85** à DAKAR... Age : **... 36 ANS**.....

Demeurant : **359 CITE BELVEDERE DALIFORT**.....

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 : **12/11/21**

Limite de validité : **12/11/23** Durée de validité : **2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



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.

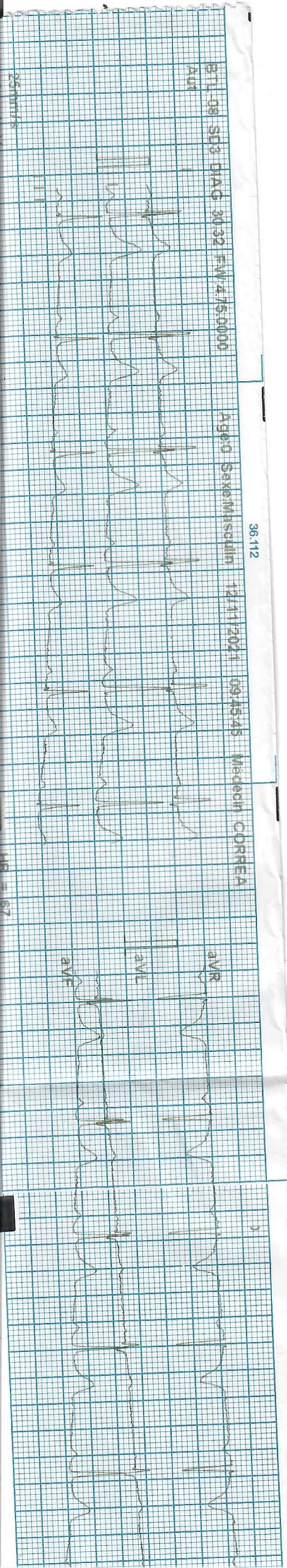
Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passé ce délai le Médecin Evaluateur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.

BT1 08 SDS DIAC 30.32 F.V. 4/5.0000
AVI

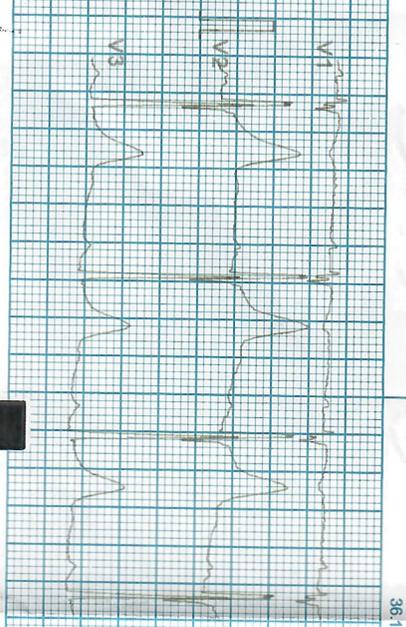
Age: 60 Sexo: Masculino 12/11/2021 09:45:45 Medecin CORREA

36.112

HR = 67



HR = 87



36112

12-11-2021

Yusuf Sabri Dina

