 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>		Date d'application : 10/09/2018

**TYPE DE PERSONNEL** : CONTROLEUR AERIEN  
**CLASSE** : 3  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ASECNA  
**ADRESSE** : CITE BATTERIE - YOFF

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <u>TITENABATE BEMBENA</u> Prénom : <u>ROGER</u> Nationalité : <u>TCHADIENNE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>22/10/1977</u> à : <u>MANDOUL</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>28/10/2022</u> Adresse : <u>CITE BATTERIE - ASECNA YOFF</u> Téléphone : <u>778781752</u> email : <u>roger_titenabate@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR AERIEN</u> Situation de famille : <u>MARIE</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Nom du médecin : \_\_\_\_\_

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

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 :			
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 testés 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

28/10/2022

*[Signature]*

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	<b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b>		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : <b>TITENABASE BEMBJENA</b>		Prénoms : <b>ROGER</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>22/10/1977</b>		Lieu de naissance : <b>MANDOUL-TCHAD</b>	
(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 <b>171</b> cm	(203) Poids <b>88</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Nau</b>	(205) Cheveux couleur <b>Nau</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <b>113</b>	Diastolique <b>75</b>	Pulsations <b>61</b> 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		<b>d</b>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate		<b>d</b>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents		<b>d</b>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)			
(210) Nez, sinus		<b>d</b>		(220) système génito-urinaire		<b>d</b>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique		<b>d</b>		(221) Système endocrinien, thyroïde		<b>d</b>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels		<b>d</b>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations		<b>d</b>	
(213) Yeux - pupilles		<b>d</b>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique		<b>d</b>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus		<b>d</b>		(224) Examen neurologique- réflexes etc		<b>d</b>	
(215) Poumons, thorax, seins		<b>d</b>		(225) Psychiatrie		<b>d</b>	
(216) Cœur		<b>d</b>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique		<b>d</b>	
(217) Système vasculaire		<b>d</b>		(227) Etat général		<b>d</b>	
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire. <b>Contrôleur Aeron. 45 ans. Acute sclérot.</b>							

Tachycardie = 0  
 Bradycardie = 0  
 Spontané = 0

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	Corrigée à	<b>10</b>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<b>10</b>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<b>10</b>	

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit			<b>d</b>	
Œil gauche			<b>d</b>	
Vision binoculaire			<b>d</b>	

(235) Analyse d'urine

Normale ☒ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal
(238) ECG			<b>26.10.2017</b>	<b>d</b>
(239) Audiogramme			<b>26.10.2017</b>	<b>d</b>
(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				
Œil gauche				
Vision binoculaire				
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/> - Non <input 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 ISHIIHARA
Nombre de tables présentées 20	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

SpO<sub>2</sub>: 81 mg/dl

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(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"/>
		14.5

(248) commentaires, limitations :

Pour l'annuel - gfp. Contrôle glaucome pour TO = 375. (27.07.2017)  
Après classe 3 → 31-11-2018

(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.

(250) Lieu et date

28-10-2017

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA  
Médecine Générale  
Médecine d'Urgence  
Tél : +221 77 291 11 22-DAKAR

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA  
Médecine Aérospatiale  
Médecine ANACS/DTA/08  
ORAG 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 :

Nom :

Signature

(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	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>