



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 AÉRIEN

CLASSE : 3

NOM DE L'EMPLOYEUR : ASEANA

ADRESSE : CITE BATTERIE - YOFF

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : TITENABATE BEMBYENA

Prénom : ROGER

Nationalité : TCHAD (ENTRE)

Sexe : F M

Né(e) le : 22/10/1977 à : MANDOUL

Lieu et date de l'examen médical : 28/10/2022

Adresse : CITE BATTERIE - ASEANA YOFF

Téléphone : 7781752 email : roger_tiba@yahoo.fr

Profession/activité : CONTRÔLEUR AÉRIEN

Situation de famille : MARIE'

Activité(s) pratiques

Avion Planeur

Hélicoptère Ballon

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 : Apté Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précisons sur les réponses « OUI »

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

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.

Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Répondez aux questions suivantes :

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

Date et signature du personnel aéronautique

28/10/2022

Annotations du médecin-examinateur 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 : TITENABASE BEMBSEN	Prénoms : ROGER		Date de naissance 22/10/1977 (JJ/MM/AAAA):						
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		(202) Taille 171 cm	(203) Poids 88 kg	(204) Yeux couleur Mauï	(205) Cheveux couleur Mauï	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
						Systolique 113	Diastolique 75	Pulsations 61	Rythme <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)	
(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	<i>Contrôle en Aéro. 45 ans. Acuité 8/10.</i>			

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/Contac
t

Œil droit sans correction		Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10	

(230) Vision intermédiaire

Sans correction Avec correction

N14 lu à 100cm

	Oui	Non	Oui	Non
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 réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG	26/06/2017	A		

(239) Audiogramme	26/06/2017	B
(240) Examen Ophtalmologique		

(241) Examen ORL		
(242) Lipides sanguins		

(243) Fonctions respiratoires		
(320) Tonométrie G :		



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		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Œil droit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vison binoculaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>			

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				
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Oui			
		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non			
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine				
<i>Bg%: 81 mg/dl</i>						
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)		
<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal	<i>14,5</i>

(248) commentaires, limitations :		<i>Paul Correa - 28/06/2017 - Contrôle aéronautique pour TO = BAF. (27.07.2017) Apprécié classe 3 → 31(-11-2028)</i>				
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--

(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

28 - 06 - 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
Médécine Aéronautique
MALI/ANAC/DTA/08
0146 N°3857 - FAA-00773