

| | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------------|
|  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 : CONTROLEUR AERIEN
CLASSE : Classe 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECMA
ADRESSE :

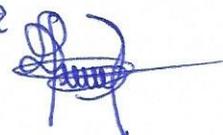
Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|--|---|
| Nom : <u>DIEDHIOU</u> Prénom : <u>PIERRE DENIS</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>31/10/1980</u> à : <u>ZIGUINCHOR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>23/11/2021</u> Adresse : <u>OLAKAM EXTENSION N° 5</u> Téléphone : <u>76-141-10-63</u> email : <u>pierradjeju@gmail.com</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR AERIEN</u> Situation de famille : <u>MARIE</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 : 23/11/2021 Lieu : Nom du médecin : Docteur Correa
 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 » | | | Répondez aux questions suivantes : | | |
|--|-----|-------------------------------------|------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| | OUI | NON | | OUI | NON |
| 1 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 14 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 15 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 16 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 17 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 18 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 19 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 20 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 21 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 22 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 23 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 | | <input checked="" type="checkbox"/> | Pour les candidates : | | |
| 12 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 24 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 25 | | <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 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
15/11/2022 

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 : **DIEDNILOU** Prénoms : **PIERRE DENIS** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **31/10/1980**
 Lieu de naissance : **ZIGINCHOR**

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------|--|
| (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 173 cm | (203) Poids 83 kg | (204) Yeux couleur Marron | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) | | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | Systolique 138 | Diastolique 72 | | |
| | | | | | Pulsations 49 | 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
Cholestérol de 162 => , non, 3 enfants, mydriase - hor, a BZG, Tabac = +, Alcool = +, Sport = +, Adèle = +
212 : Myopie bilatérale au symptôme

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

(235) Analyse d'urine Normale anormale

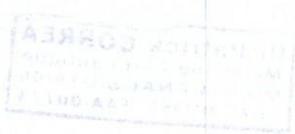
(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

| | | | | |
|-------------------------------------|-----------|------------|--|--|
| Œil droit sans correction | 10 | Corrigée à | | |
| Œil gauche sans correction | 9 | Corrigée à | | |
| Vision binoculaire, sans correction | 10 | Corrigée à | | |

(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 | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Rapport annexés | | Non réalisé | Date | Nor mal | Anor mal |
| (238) ECG | | | 10/06/2017 | | |
| (239) Audiogramme | | | | | |
| (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 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Œil gauche | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| (232) Lunettes | (233) Lentilles de contact | | | |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Type : | Type : | | | |
| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter |

(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'examineur

Audiométrie éventuelle

| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Oreille droite | | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | | |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Gly 105 g/dl

| | | |
|--|--|---|
| VEMS/CV % | Peak Flow (l/min) | Hémoglobine (g/dl) |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/> |

(248) commentaires, limitations : Apte classe 2 -> 30-11-2023

(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 10-11-2022

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

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 :

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTÉ 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"/> |

(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 10-11-2022

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

Cachet et signature