



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 :

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : Air Senegal SA

ADRESSE : 9977 VAN ANKHE 3

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : CISSE
Prénom : CHEIKH BOUCOUNTA
Nationalité : Sexe : F M
Né(e) le : 14/08/1982 à : Dakar
Lieu et date de l'examen médical : 23-3-2022
Adresse : 177 est Almadies
Téléphone : 77-650 7997 email : Tempus160@gmail.com
Profession/activité : pilote de ligne
Situation de famille : Marié

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 : 01/03/2021 Lieu : Dakar Nom du médecin : DR 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 »

		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

		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	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?		X
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 ?		
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 testes en vigueur.
Toutes fausses déclarations 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

23-3-2022

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 : CISSE

Prénoms : CHEIKH Boucousta

Date de naissance (MM/AAAA): 16-08-1982

Lieu de naissance : Dakar Senegal

(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 198 cm	(203) Poids 105 kg	(204) Yeux couleur Bleu	(205) Cheveux couleur Bleu	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 100	Diastolique 70	

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	
(211) Oreilles, tympan, compli-ance 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

OPR. ATRE. JS.
Dreame (dans) 1+1. (RRL)

Tobacco =
Alc = 0
Sport = 3x/sem

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

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Rapport annexés	Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		13.07 2017	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme				
(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		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"/>			
Vison 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 type="checkbox"/>			
Type : réfraction		Type :			
Sph	Cylindre	Axe	Ajouter		

(244) Divers (Sujet ?)	<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 :	Nom :
<i>Apf</i>	Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique MD/DC/ANAC/SOTA/OS BAC N° 3857 - FAA 00773

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>2</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisés)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Gly-cémie: 97 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 : *OT 23,36 à lunettes.*

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

Apf classe 1 -> 14-02-2018

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
<i>24-03-2018</i>	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique MD/DC/ANAC/SOTA/OS BAC N° 3857 - FAA 00773