



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  
**CLASSE** : MEDICALE III  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ASECHIA  
**ADRESSE** : .....

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

Nom : TOGO  
Prénom : MOBOKANE  
Nationalité : MALIENNE Sexe :  F  M  
Né(e) le : 01/04/1965 à :  
Lieu et date de l'examen médical : AMS 05/10/2022  
Adresse : Nord/Faire AZUR villa 51  
Téléphone : 77 150 66 57 email : togo\_mobo@hotmail.fr  
Profession/activité : CONTRÔLEUR C/AERIENNE  
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 : 1 / MAI 2022 Lieu : AMS Nom du médecin : D<sup>r</sup> 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 »

SOuffrez-vous ou avez-vous souffert de :	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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 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 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

05/10/2022

*[Signature]*

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



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 : **TOGO**

Prénoms : **MOBOKANE**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **01/04/1965**

Lieu de naissance : **KANIBONZON/MALI**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>170</b> cm	(203) Poids <b>68</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>15</b> Diastolique <b>80</b>	(207) Pouls au repos Pulsations <b>71</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	<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, 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

**Contre l'air ancien. 57 ans. Aucun symptôme.**

Taille = 0  
Aire = 0  
8 III - Couleur  
pau = 0

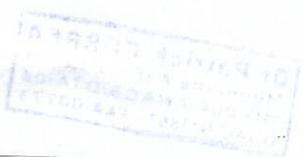
Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale  anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

	Lunettes/Contact			
	Corrigée à		t	
Œil droit sans correction			<b>7</b>	
Œil gauche sans correction			<b>7</b>	
Vision binoculaire, sans correction			<b>7</b>	
(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	
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal
(238) ECG			<b>05-10-17</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
(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				1	
Œil gauche				2	
Vison 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	

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 :

**Dr Patrick CORREA**  
 Médecin Aeronautique  
 MD/004/ANACS/DTA/08  
 DGAC N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input 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

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 checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :  
*Peut conclure aptitude.*

*Consulté à l'hôpital = cert. aptitude 06-10-2012  
 Apt. classe 3 -> 30-04-2013*

(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  
*08-10-2012*

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

Cachet et signature

**Dr Patrick CORREA**  
 Médecin Aeronautique  
 MD/004/ANACS/DTA/08  
 DGAC N°3857 - FAA-00773