

 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 :
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : AEROPORT YOFF

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>TOGO</u> Prénom : <u>MOBOKANE</u> Nationalité : <u>MALIENNE</u> Née le : <u>01/04/1965</u> Sexe : ☐ F ☒ M à : <u>KANIBONZON (MALI)</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>AM, S/02 MAI 2023</u> <u>NORD FORRE VILLA 51</u> Téléphone : <u>77-150 66 57</u> email : <u>togo_mobo@hotmail.fr</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR DE LA CIRCULATION AERIENNE</u> Situation de famille : <u>MARIE</u>	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 : 02/05/2023 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	Troubles cardiaques, hypertension artérielle	☒	☐
2	Taux de cholestérol élevé	☐	☒
3	Maladie respiratoire	☐	☒
4	Maladies de l'estomac	☒	☐
5	Maladies du foie	☐	☒
6	Diabète	☐	☒
7	Maladies rénales	☐	☒
8	Maladies articulaires et du dos	☒	☐
9	Maladie thyroïdienne	☐	☒
10	Tumeur ou maladie cancéreuse	☐	☒
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	☒	☐
12	Vertiges, pertes de connaissance	☐	☒
13	Migraines	☐	☒

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil	☐	☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☒	☐
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	☐	☒
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	☒	☐
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	☐	☒
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	☒	☐
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	☐	☒
21	Consommez-vous de l'alcool ?	☐	☒
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	☒	☐
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	☐	☒
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 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

10/11/2023

[Signature]

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

Idem

 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 : KANI BONON / MALI	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 171 cm	(203) Poids 67 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 150 Diastolique : 80		(207) Pouls au repos Pulsations : 92 Rythme : ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	☒		(220) système génito-urinaire	☒	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒		(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	
(213) Yeux - pupilles	☒		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒		(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	
(215) Poumons, thorax, seins	☒		(225) Psychiatrie	☒	
(216) Cœur	☒		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	
(217) Système vasculaire	☒		(227) Etat général	☒	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item ayant chaque commentaire

Contrôleur Aviation 58 ans. Laine 3e d. Lait 1023. couverture 5mg → 10mg = RAS

Tg 160mg/l. Cholestérol 111 = 5.6mmol/l. Spat = 10mg/l. 10mg/l.

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	
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		☒	
Œil gauche		☒	
Vision binoculaire		☒	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			14-11-2008	☒	
(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				
Œil gauche				
Vision binoculaire				
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☒ Non ☐	Oui ☐ Non ☐			
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

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
Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

Pas de remarques

Apté classe 1 → 1-05-2024

(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

Nom et adresse du médecin agréé

Cachet et signature

14-11-2023

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
SN-MED-004
DGAC 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
	Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

(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
	☐	☐	☒

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☐	CLASSE 2 ☐	CLASSE 3 ☒

Je soussigné, Docteur :

PATRICK CORREA

Titulaire de l'agrément n :

SN - MED - 004

Certifie que M :

MOBOKANE TOGO

Né(e) le : 01/04/1965

à KANI BONZON... Age : ...58 ANS

Demeurant :

NORD FOIRD VILLA N°51

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : 10/11/23

Limite de validité : 31/05/24

Durée de validité : ...6 MOIS

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet


PATRICK CORREA
 Médecin Aeronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, la validité court jusqu'à la date de fin de validité sus mentionnée.