

 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 : P.M.C.
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : Abby Airlines
ADRESSE : Togo, Lomé

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : TINE
 Prénom : Pauline Ndioude Chita
 Nationalité : Senegalaise Sexe : ☒ F ☐ M
 Né(e) le : 04/06/1995 à : Dakar
 Lieu et date de l'examen médical : 21/09/2022 AMS
 Adresse : AMS, Ouakam cité Cornico
 Téléphone : 78 187 07 25 email : paullinechita@gmail.com
 Profession/activité : Personnel Navigant de Cabine
 Situation de famille : Célibataire

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 : 15/05/2020 Lieu : Pl. Médical Nom du médecin : Dr. KADUCK

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 »

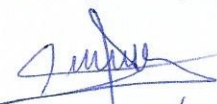
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		
2 Taux de cholestérol élevé		
3 Maladie respiratoire		
4 Maladies de l'estomac		
5 Maladies du foie		
6 Diabète	X	
7 Maladies rénales		
8 Maladies articulaires et du dos		
9 Maladie thyroïdienne		
10 Tumeur 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 ?	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 ?		
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


21/09/2022

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 : TINE		Prénoms : Pauline N. Oita		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 04/06/1995	
				Lieu de naissance : Dakar	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 170 cm	(203) Poids 74 kg	(204) Yeux couleur Marr.	(205) Cheveux couleur Marr.	(206) Tension artérielle (assis) mmHg
					Systolique 105 Diastolique 68
					(207) Pouls au repos Pulsations 65 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 avant chaque commentaire Pres. Asth. Etas. Ceab 10 ans					

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

(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			☒	
Œil gauche			☒	
Vision binoculaire			☒	

(235) Analyse d'urine

Normale ☒ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		21-05-22	☒	
(239) Audiogramme		21-05-22	☒	
(240) Examen Ophtalmologique		1		
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins		11-08-22	☒	
(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 20		Nombre d'erreurs 0			
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisés)					
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		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 : Fat. Cœur. gl. gl. Apt. classe 2 → 30-09-2024					
(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	
21-09-2024		Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL		 Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N°3857 - FAA-00773	