



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 | | | | | |
| Vison binoculaire | | | | | |
| (232) Lunettes | | (233) Lentilles de contact | | | |
| Oui <input type="checkbox"/> | | Non <input checked="" type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> | |
| Type : | | Type : | | | |
| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter | |
| | | | | | |

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| D : mmHg | | | | |
| (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 : *Apte sous réserve exploration lipothymie et syncope*

Nom : *Fatou SARR Médecin*

Signature :

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées *06* Nombre d'erreurs *0*

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

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

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

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 :

Audiométrie éventuelle

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

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Champ d'application du certificat | Classe 1 <input type="checkbox"/> | Classe 2 <input type="checkbox"/> | Classe 3 <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

| | | |
|--|--|--|
| VEMS/CV % | Peak 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 :

(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 |
|--------------------|---------------------------------|---------------------|