

 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

TYPE DE PERSONNEL : PNC
CLASSE : 02
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIOLF</u> Prénom : <u>MAME KHADY WADE</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☒ F ☐ M Né(e) le : <u>12/05/1978</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>24/11/2020</u> Adresse : <u>3 Avenue des Ambassadeurs</u> <u>Sud Boire villa 86</u> Téléphone : <u>773171290</u> email : <u>MAMKHADYDIOLF@gmail.com</u> Profession/activité : Situation de famille : <u>CELIBATAIRE</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 : 09/12/2019 Lieu : Nom du médecin : 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
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
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	☒	

	OUI	NON
Répondez aux questions suivantes :		
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

24/11/2020


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

Diabète

 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 : DIOLF		Prénoms : MAME KHADY WADE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance :	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 183 cm	(203) Poids 59 kg	(204) Yeux couleur Neu	(205) Cheveux couleur Neu	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 100	Diastolique 70	Pulsations 70 ☐ irrégulier ☒ 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.

*100% A37a - A19 - A2a - ATR -
 Cécité latente. Psy ch... / ...
 ...
 ...*

*III = antérieur.
 Spéc. = ...
 ...*

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		Glucose	Protéines	Sang	Autres
				☒	☒	☒	
Œil droit sans correction	10	Corrigée à		Rapport annexés		Non réalisés	Date
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à					
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		(238) ECG		24-11	☒
				(239) Audiogramme		24-11	☒
(230) Vision intermédiaire				(240) Examen Ophtalmologique			
Sans correction				(241) Examen ORL			
Avec correction				(242) Lipides sanguins			
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non	(243) Fonctions respiratoires		
Œil droit	☒				(320) Tonométrie G :		
Œil gauche	☒						
Vision binoculaire	☒						



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						
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite Oui ☒ Non ☐	Oreille gauche Oui ☒ Non ☐				
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	9,9 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐

(248) **commentaires, limitations :**

Hb à renouveler.

Apté classe 2 → 30-11-2020

(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

24-11-2020

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassadeurs
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
MD/0047ANACS/DTA/08
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 :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
MD/0047ANACS/DTA/08
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

☐

☒

☐