

 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 : Pilote Privé
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR :
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

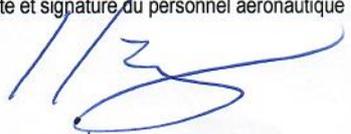
Nom : <u>Castillo</u> Prénom : <u>Raul</u> Nationalité : <u>Colombien</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>2013/11/26</u> à : <u>Bogota</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar, 2/9/2021</u> Adresse : <u>Ap 2A, Le Ponant, Almadies</u> <u>Dakar</u> Téléphone : <u>22-78-3891800</u> email : <u>rcast4@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Ingenieur</u> Situation de famille : <u>Marié</u>	Activité(s) pratiques <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) <u>Aéroclub Iba Guere</u> Aérodrome : <u>5007</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>120</u>
--	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON
 Si OUI : Date : 1/10/2019 Lieu : Nom du médecin : Patrick Cosca
 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 »			Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON	
	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON	14	Troubles du sommeil		X
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		X	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	X	
2	Taux de cholestérol élevé		X	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
3	Maladie respiratoire		X	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	X	
4	Maladies de l'estomac		X	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
5	Maladies du foie		X	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	X	
6	Diabète		X	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
7	Maladies rénales		X	21	Consommez-vous de l'alcool ?	X	
8	Maladies articulaires et du dos		X	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	X	
9	Maladie thyroïdienne		X	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		X	Pour les candidates :			
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		X	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
12	Vertiges, pertes de connaissance		X	25	Autres		
13	Migraines		X				

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

2/9/2021

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :
Diabète - mère ; Re. ; Diabète -
III - Castor.



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 : *Castillo* Prénoms : *Raul* Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *20/3/1983*
Lieu de naissance : *Boyet, Gabon*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>192</i> cm	(203) Poids <i>95</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Jaune Brun</i>	(205) Cheveux couleur <i>Brun</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>140</i>	Diastolique <i>90</i>	Pulsations <i>80</i>	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	<i>1</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>1</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>1</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>1</i>		(220) système génito-urinaire	<i>1</i>
(211) Oreilles, tympan, complianc e tympanique	<i>2</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>1</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>1</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>1</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>1</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>1</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>1</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>1</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>1</i>		(225) Psychiatrie	<i>1</i>
(216) Cœur	<i>1</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>1</i>
(217) Système vasculaire	<i>1</i>		(227) Etat général	<i>1</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
*Pres DCD - cœurd + Arterio. Nive → sturn sauell - 5 5 ans; lami lœulb;
OHV pour nos validation CT. Tolere = 0 acc = Ale Adt = cristal spual = 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			
		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	Corrigée à			<i>10</i>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à			<i>10</i>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à			<i>10</i>	
(230) Vision intermédiaire					
N14 lu à 100cm					
Œil droit				<i>1</i>	
Œil gauche				<i>2</i>	
Vison binoculaire				<i>2</i>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés		Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<i>02/06/21</i>	<i>1</i>	
(239) Audiogramme			<i>02/06/21</i>		<i>1</i>
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G : D: mmHg					

DAKAR SENEGAL



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 N5 lu à 30 - 50cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non

Œil droit				
Œil gauche				
Vision binoculaire				

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

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Nombre de tables présentées	Type ISHIHARA Nombre d'erreurs
--	-----------------------------------

(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"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Glycémie: 102 mg/dl

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"/>
		<i>13</i>

(248) commentaires, limitations :
Androgènes à renouveler - 75 (8000 Hct) = RAS.

(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
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

(244) Divers (Sujet ?)

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : *Artie*

Nom : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
Signature
MD/06/04/14/CS/DTAUG
DGAC N° 3857.

(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 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

A la classe 2 -> 30/09/2022

