



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **Diop** Prénoms : **ADANA AÏSSÉ OCHA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **16-01-1982**  
 Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>170 cm</b>	(203) Poids <b>82 kg</b>	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>12</b> Diastolique <b>08</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>86</b> Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.  
**PNE. A.in Senegal SA. L.9 ans Année 2006.**  
**Tabac = 0**  
**Alc = 0**  
**TTT = 0**  
**Spait = 0**

**Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)**  
 (229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Ceil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm sans correction avec correction

	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm sans correction avec correction

	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes Oui  Non  Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter  
 (233) Lentilles de contact Oui  Non  Type : Cylindre Axe Ajouter

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

Glucose <b>0</b>	Protéines <b>0</b>	Sang <b>0</b>	Autres
------------------	--------------------	---------------	--------

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<b>08-10-24</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **Apte** Nom : \_\_\_\_\_  
 Signature : **Dr Patrick CORREA**  
 Médecine Aéronautique  
 SH-MED-004  
 N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-iso-chromatiques **20** Type I S H I H A R A **0**  
 Nombre de tables présentées Nombre d'erreurs

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

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire VEMS/CV % Peak Flow (l/min) Normal  Anormal   
 (237) Hémoglobine **13,1 (g/dl)** Normal  Anormal   
**Ge = 9,97**

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

**APTE pour la classe :**  
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) 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"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/GCA <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

(248) Commentaires, limitations :  
**Apte PNE. → 04-12-2006**

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé  
 Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : <b>17-12-24</b> et lieu : _____	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : _____ Telephone : _____ E-mail : _____	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé fct signature : <b>Dr Patrick CORREA</b> Médecine Aéronautique SH-MED-004 N°3857 - FAA-00773 Numéro d'AME : _____
---	--	---

Réf Rapport examen médical 03.09.2019  
 DGAC N°3857 - FAA-00773

PORTUGAL

CABIN CREW MEDICAL REPORT  
FOR CABIN CREW ATTESTATION (CCA)  
APPLICANT OR HOLDER

I State where the aero-medical assessment is conducted: **PORTUGAL**

III Cabin crew attestation reference number:  
Not Applicable

IV Last and first name:  
Diop, Adama Aisse O Ch O

XIV Date of birth (dd/mm/yyyy): 16/01/1982

VI Nationality: Senegalese

VII Signature of CCA applicant/holder:  


II Aero-medical assessment result (fit/unfit):

FIT  UNFIT

Expiry date of the previous cabin crew medical report (dd/mm/yyyy):

Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy): 26/02/2020

X Date of issue\* (dd/mm/yyyy): 26/02/2020

XI Signature of the AeMC, AME or OHMP:

  
Luísa Mitruri  
Cirurgiã Dentista

XI Seal or stamp of the AeMC, AME or OHMP: da República nº101 - 798

DR.ª LUÍSA MITRURI  
1050-190 Lisboa  
+351 217 818 538  
lmitruri@nhy.ama

\* Date of issue is the date the Cabin Crew Medical Report is issued and signed.

XII Limitation(s), if applicable:

Code:

Description:

Code:

Description:

Code:

Description:



RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE  
CABIN CREW MEDICAL REPORT

Nom et prénom du détenteur / Last and first name of holder

Adama Aisse DJOP

Date et lieu de naissance / Date and place of birth :

16/01/1982 à Dakar

Nationalité / Nationality :

Sénégalaise

Evaluation médicale / Medical assessment :

APTE / FIT

INAPTE / UNFIT

Restriction(s) / Limitation(s) :

Date de fin de validité du précédent certificat:  
Expiry date of the previous assessment

26/02/2022

Date de l'examen médical / Date of the aero-medical assessment:

06/12/2024

Date de fin de validité / validity expiry date :

06/12/2026

Signature du titulaire / Signature of applicant/holder :

[Empty signature box]

Date de délivrance et signature du médecin responsable  
Date of issue and signature of issuing medical officer

Le 11/12/2024

[Handwritten signature]

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

Pays de délivrance / State of issue : **FRANCE**