

 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 : PNC
CLASSE : 9
NOM DE L'EMPLOYEUR : A.B. Senegale SA
ADRESSE : Air Senegal head office
Bat n°2 Route King Fahd DAKAR TF 13770, Almadies DKA.

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>FALL</u> Prénom : <u>Yaye Astou Ilo</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Né(e) le : <u>15/03/81</u> à : Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : <u>Morog Villa 41 45</u> Téléphone : <u>77-643 62-79</u> email : <u>iloscung@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PNC</u> Situation de famille : <u>Marriage / 3 enfants</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : <u>PNE</u> Heures de vol :
---	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON

Si OUI : Date : 18/04/17 Lieu : DKA Nom du médecin : Dr 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 »

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		☒
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 ?		☒
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

le 18 avril 2019



TABAC

ALCOOL

TIT HTA

MDT

SPORT

DU en plan

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 :		Prénoms :		Date de naissance (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance :	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 170 cm	(203) Poids 75 kg	(204) Yeux couleur N	(205) Cheveux couleur N	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 110	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					

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	
Œil droit sans correction	Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit			
Œil gauche			
Vision binoculaire			

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		18-06-19		
(239) Audiogramme		2017		
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☐	CLASSE 2 ☒	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur :



Titulaire de l'agrément n :

Certifie que M : **YAYE ASTOU ILO FALL**

Né(e) le : **15/03/1981** à **CAIRE** Age : **38 ANS**

Demeurant : **MERMOZ 2 PORTE VILLA N°7175**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **18/04/19**

Limite de validité : **30/04/21** Durée de validité : **2 ANS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluator de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.



MEDECINE AERONAUTIQUE ET AEROSPATIALE : EXAMEN MEDICAL REVISIONNEL CLASSE 2

Cette page est à remplir par le candidat

Ecrire en lettres capitales

Nom : FALL Prénom : Xaye Adou Iba
 (Nom de jeune fille) Sexe M ☐ F ☒
 Née le : 15-03-1981 au lieu : au laire
 Adresse : Nourou 2 porte Villa 7175
 Email : ilosoum@gmail.com Tel : 77.649.6279
 Profession / activité : PNC

ACTIVITE(S)

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 : 03-04-15 lieu : DND nom du médecin : DR H. KAOUCK

Vous aviez été déclaré : APTE ☒ INAPTE ☐

Répondez aux questions suivantes

	OUI	NON
1 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☒	☐
2 Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ?	☐	☒
3 Avez-vous eu un traumatisme crânien ?	☐	☒
4 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	☐	☒
5 Etes-vous un consommateur habituel de tabac ?	☐	☒
6 Prenez-vous actuellement un ou des médicaments ?	☐	☒
7 Faites-vous usage de drogues illicites ?	☐	☒
8 Consommez-vous de l'alcool de façon importante ?	☐	☒
9 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou de lentilles ?	☒	☐
10 Avez-vous été réformé ou exempté du service national ?	☐	☒

→. Césarienne (2016). HTA guérrée.
HTA TTE.

Matrnat : BE → SD → SA → LA → TRAUMATISME

Rappel : l'état de grossesse entraîne l'Inaptitude temporaire.

A son issue, un nouvel examen d'aptitude est obligatoire avant la reprise des vols.

Tabac = 0. Alcool = 0. Spait = 30'15.
Nuit = 18h. Cycle Regl = 0.

DECLARATION DU CANDIDAT : JE SOUSSIGNE, DECLARE AVOIR REPONDU DE FACON SINCERE AUX QUESTIONS QUI M'ONT ETE POSEE LORS DU PRESENT EXAMEN ET NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE TROUBLES DE MON ETAT DE SANTE AUTRES QUE CEUX QUE J'AI SIGNALES. JE SUIS INFORME QUE CETTE FICHE D'EXAMEN EST ADRESSEE AU CONSEIL MEDICAL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE, DANS LE RESPECT DU SECRET MEDICAL, CONFORMEMENT A L'ARRETE DU 3 OCTOBRE 2006

Date et Signature

18-04-2017

TOUTE FAUSSE DECLARATION PRIVERAIT D'EFFET LA DECISION D'APTITUDE

Annotations du médecin, précisions sur les réponses "Oui" (reporter le numéro de l'item) :

(Si OUI pour 23 et 26. précisez la quantité)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam
Site Urgences Cardio
Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge
PHARMACIEN BIOLOGISTE
Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : b0418212 Prélèvement du : 18.04.2017

Patiente née le 15.03.1981 - 36 ans

Tr: Assistance Médicale AMS

Madame **FALL Yaye Astou Ilo**

Prescrit par : Dr CORREA Patrick

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (Micros-Pentra60/ABX) Valeurs de référence Antériorités

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges	=	4,21 Millions/mm ³	(4,00-5,30)
Hémoglobine	=	11,7 g/100ml	(12,5-15,5)
Hématocrite	=	35,5 %	(37,0-46,0)
Volume globulaire (V.G.M.)	=	84 µ ³	(80-95)
Charge (T.G.M.H.)	=	28 pg	(28-32)
Concentration (C.G.M.H.)	=	33 %	(30-35)
Plaquettes	=	406.000 /mm ³	(150000-450000)
Volume plaquettaire moyen	=	7,3 fl	(6,5-11,0)
Globules blancs	=	3.400 /mm ³	(4000-10000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles	=	49,9 % soit	1697 /mm ³	(2000-7500)
Polynucléaires éosinophiles	=	1,4 % soit	48 /mm ³	(100-400)
Polynucléaires basophiles	=	0,5 % soit	17 /mm ³	(0-100)
Lymphocytes	=	42,1 % soit	1431 /mm ³	(1500-4000)
Monocytes	=	6,1 % soit	207 /mm ³	(200-800)

BIOCHIMIE

Cholestérol total	=	2,25 g/l	Valeurs de référence	Antériorités
(Lisa200/Hycel)		5,83 mmol/l	(1,30-2,30)	

☞ Consensus ARCOL (adultes) : souhaitable < 2,20 g/l
limite 2,20-2,40 g/l
élevé > 2,40 g/l


Dr K. HOUDROUGE

MEILLEURS SENTIMENTS

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com

le 18.04.2017 à 12h34
Page n° 1/3 - PDF -

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015

du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

⇒ Suite dossier : b0418212 du 18.04.2017 Mme FALL Yaye Astou Ilo née le 15.03.1981 - 36 ans

Tr: Assistance Médicale AMS

BIOCHIMIE

			Valeurs de référence	Antécédents
Cholestérol H.D.L.	=	0,60 g/l	(0,31-0,65)	
(Lisa200/Hycel)		1,55 mmol/l		
Rapport Chol. Total/H.D.L.	=	3,75	(inf. à 4,90)	
Cholestérol V.L.D.L. (calculé)	=	0,12 g/l	(inf. à 0,28)	
		0,32 mmol/l		
Cholestérol L.D.L. (calculé)	=	1,53 g/l	(0,90-1,58)	
(Formule de Friedewald)		3,95 mmol/l		
Cette formule n'est applicable que pour les Triglycérides < 3,50 g/l				

☞ Rapport Cholestérol total/HDL-c, facteur de risque

< 3,27 demi-moyenne

3,27-4,44 moyenne

4,44-7,09 double de la moyenne

7,09-11,00 ... triple de la moyenne

Triglycérides	=	0,62 g/l	(0,30-1,40)
(Lisa200/Hycel)		0,70 mmol/l	
Glycémie à jeun	=	0,89 g/l	(0,70-1,10)
(Lisa200/Hycel)		4,9 mmol/l	
Créatinine	=	8,3 mg/l	(6,0-11,0)
(Jaffé Lisa200/Hycel)		73 µmol/l	

La clairance de la créatinine calculée selon la formule MDRD peut être
estimée pour ce patient à = 99,6 ml/min (60,0-120,0)

La formule de la clairance calculée n'est pas adaptée pour des personnes
de plus de 75 ans et/ou en cas d'obésité ou d'anorexie.

CONCLUSION

Recommandations pour la pratique clinique : Association Société de néphrologie

DFG ≥ 90 : Maladie rénale chronique avec DFG normal ou augmentée

DFG 60 à 89 : Maladie rénale chronique avec DFG légèrement diminué

DFG 30 à 59 : Insuffisance rénale chronique modérée

DFG 15 à 29 : Insuffisance rénale chronique sévère



Dr K. HOUDROUGE

MEILLEURS SENTIMENTS

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com

le 18.04.2017 à 12h34

Page n° 2/3 - PDF -

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

⇒ Suite dossier : b0418212 du 18.04.2017 Mme FALL Yaye Astou Ilo née le 15.03.1981 - 36 ans Tr: Assistance Médicale AMS

BIOCHIMIE

	Valeurs de référence	Antériorités
DFG < 15	: Insuffisance rénale chronique terminale	



Dr K. HOUDROUGE

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com

le 18.04.2017 à 12h34

Page n° 3/3 - PDF -

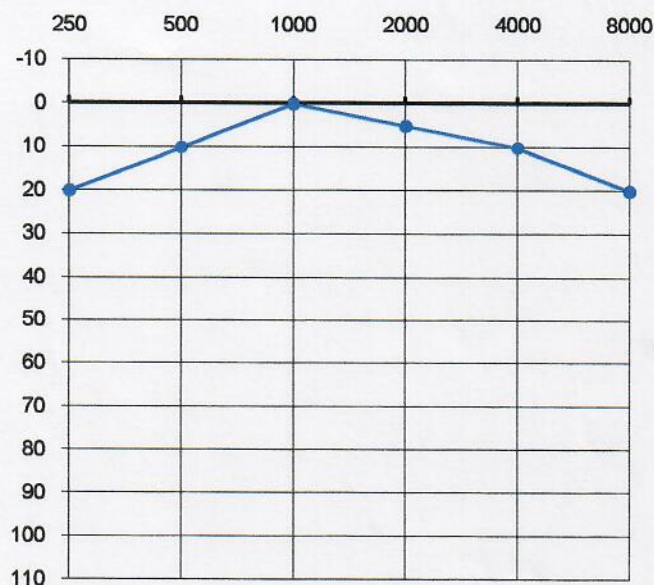
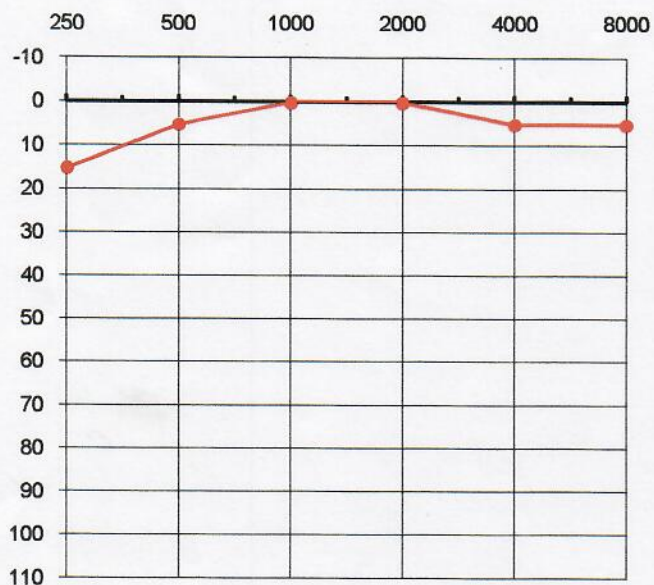
MEILLEURS SENTIMENTS

le 18/4/17

FALL YAYE
36 ans

Docteur Pascal GIUDICELLI
221 33 860 94 94

OD - Audiogramme - OG



Perte	OD	OG
moyenne	3	6

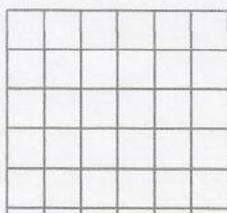
WEBER	250	500	1000	2000	4000	8000
front	0	0	0	0	0	0

RS ipsi	droit
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

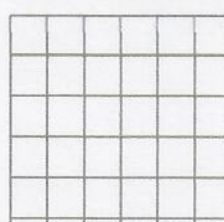
tympano	droite	gauche
VCA en ml	0	0
POM	0	0
CS en ml	0	0
Ampl en dal	0	0

RS ipsi	gauche
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



Observations:

AUDIOGRAMME TONAL: dans les limites de la normale; baisse minime gauche à 8000 Hz

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-PEL-FORM-12-A	
	DECLARATION D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 20/06/2016	Page 1 sur 1

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE

Catégorie
Classe 1 ☐
Classe 2 ☒
Classe 3 ☐

Je soussigné, Docteur :

Titulaire de l'agrément n :

Certifie que M : YAYE ASTOU ILO FALL

Né(e) le : 15/03/81 à CAIRE....

Demeurant : MERMOZ 2^{ème} PORTE VILLA 7175

..... REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : 18/04/17

Limite de validité : 30/04/19

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORTS DE VERRES OBLIGATOIRE

.....

Signature et cachet