

 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 : Navigant (PNC)
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : Air Sénégal SA
ADRESSE : Mermoz 2^e porte villa 4175

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>FALL</u> Prénom : <u>YAYE ASTOU ILO</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : ☒ F ☐ M Né(e) le : <u>15/03/1981</u> à : <u>Diourbel</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 27-04-21</u> Adresse : <u>Mermoz 2^e porte villa 4175</u> Téléphone : <u>77-648-62-79</u> email : <u>ilodoum@gmail.com</u> Profession/activité : <u>chef de cabine (PNC)</u> Situation de famille : <u>Marier</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 : 18/04/19 Lieu : AMS Nom du médecin : Dr Patrick 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
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 testés en vigueur.

Date et signature du personnel aéronautique

27-04-21

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

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

① : HTA traitée avec IC

 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 : FALL		Prénoms : Yaye Astoo Ibo		Date de naissance 15-03-1981 (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance : Caire (Egypte)	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 172 cm	(203) Poids 72 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 137	Diastolique 86	Pulsations 78 ☐ 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

Tobac = 0 Sport = +/- Alcool = 0 **Adet / - FCOO2**
Flapient / -
Vétérinaire D

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
			10/06/2017	0
(238) ECG				
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				
D : mmHg				



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 <i>10</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

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

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Glycémie: 1.09 g/l

VEMS/CV	Peack Flow	(g/dl)
%	(l/min)	
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐
		<i>10.3</i>

(248) commentaires, limitations :

*Patient motivé, suivi pour HTA et Schizophrénie, non fumeur
Cessation en 2016 pour HTA et actuellement sous Escal, Plavix et VitD.*

(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

Cachet et signature

27-06-2017

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Dr Patrick CORREA
Médecine Aérospatiale
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857

(244) Divers (Sujet ?)	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Avis :	Nom :
<i>MT</i>	
	Signature :
	<i>[Signature]</i>

(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
	☐	☒	☐