

 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 : CTA
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASENA
ADRESSE : GUINEE-BISSAU

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>INSALI</u> Prénom : <u>LUCIANO</u> Nationalité : <u>BISSAU-GUINEEN</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>17/09/1987</u> à : <u>GUINEE-BISSAU</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>DAKAR 15-12-2021</u> Adresse : <u>SENEGAL (DAKAR)</u> <u>+245 96 646 2764 / 7843 64709</u> Téléphone : email : <u>lucianoinsali@gmail.com</u> Profession/activité : <u>contrôleur aérien</u> Situation de famille : <u>marie</u>	Activité(s) pratiques <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input checked="" type="checkbox"/> Autres précisez : <u>ATCO</u> Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
---	--

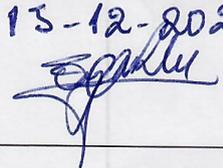
Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON
 Si OUI : Date : 02/10/2019 Lieu : DAKAR Nom du médecin : Dr. GORREJA
 Vous avez été déclaré : Apte Inapte

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		OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>	14		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>	15		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>	16		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>	17		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>	18		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>	19		<input checked="" type="checkbox"/>
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20		<input checked="" type="checkbox"/>
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>	22		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>	23		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		
12		<input checked="" type="checkbox"/>	24		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>	25		<input checked="" type="checkbox"/>

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 testes en vigueur.

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

Date et signature du personnel aéronautique
15-12-2021


Annotations du médecin-examinateur 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 2 sur 2

(231) de près		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		1			
Œil gauche		1			
Vison binoculaire		1			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	60	Type ISHIHARA	0
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs	

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

Oreille droite	Oreille gauche
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack 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"/>

(248) commentaires, limitations :

Glucose min ++, Prescemi = 0,88g/l HbA_{1c} = 5,7% - Apte dans 3 → 15-12-2023

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigne 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
15-12-2021

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3851 - FAA 00773

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : Apte	Nom : Signature: CORREA
--------------------	--------------------------------

(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 checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--