



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 : CONTRÔLEUR AERIEN
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : GUINEE-BISSAU

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|---|---|
| Nom : <u>INSALI</u> Prénom : <u>LUCIANO</u> Nationalité : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>17/09/1987</u> à : <u>BISSAU, GUINEE-BISSAU</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 13-12-2023</u> Adresse : <u>GUINEE-BISSAU</u> <u>77 930 74 70 / +245 96 646 27 64</u> Téléphone : _____ email : <u>lucianoinsali@gmail.com</u> Profession/activité : <u>ATCO</u> Situation de famille : <u>CELI BATAIR</u> | Activité(s) pratiques <input 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) 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 : 13/12/2021 Lieu : DAKAR Nom du médecin : Dr. CORREZA

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 | | X |
| 2 Taux de cholestérol élevé | | X |
| 3 Maladie respiratoire | | X |
| 4 Maladies de l'estomac | | X |
| 5 Maladies du foie | | X |
| 6 Diabète | | X |
| 7 Maladies rénales | | X |
| 8 Maladies articulaires et du dos | X | |
| 9 Maladie thyroïdienne | | X |
| 10 Tumeur ou maladie cancéreuse | | X |
| 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels | | X |
| 12 Vertiges, pertes de connaissance | | X |
| 13 Migraines | | X |

| Répondez aux questions suivantes : | | OUI | NON |
|--|---|-----|-----|
| 14 Troubles du sommeil | | | X |
| 15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? | | | X |
| 16 Avez-vous eu un accident dans le passé ? | | | X |
| 17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? | | | X |
| 18 Etes-vous un consommateur de tabac ? | | | X |
| 19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? | | | X |
| 20 Faites-vous usage de drogues illicites ? | | | X |
| 21 Consommez-vous de l'alcool ? | X | | |
| 22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles | | | X |
| 23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ? | | | X |
| 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 testes 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

[Signature]
13-12-2023

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 : **ZUSALI** Prénoms : **LUCIANO** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **17-05-2087**
Lieu de naissance :

| | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------------|--|---|----------------------|--|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 167 cm | (203) Poids 64. kg | (204) Yeux couleur Neux Neux | (205) Cheveux couleur Neux | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | Systolique 100 | Diastolique 31 | | |
| | | | | | Pulsations 70 | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | | (218) Abdomen, hernie, foie, rate | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents | <input checked="" type="checkbox"/> | | (219) Anus, rectum (si nécessaire) | |
| (210) Nez, sinus | <input checked="" type="checkbox"/> | | (220) système génito-urinaire | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (211) Oreilles, tympan, compli-ance tympanique | <input checked="" type="checkbox"/> | | (221) Système endocrinien, thyroïde | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | <input checked="" type="checkbox"/> | | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (213) Yeux - pupilles | <input checked="" type="checkbox"/> | | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus | <input checked="" type="checkbox"/> | | (224) Examen neurologique- réflexes etc | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (215) Poumons, thorax, seins | <input checked="" type="checkbox"/> | | (225) Psychiatrie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (216) Cœur | <input checked="" type="checkbox"/> | | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (217) Système vasculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | | (227) Etat général | <input checked="" type="checkbox"/> |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
aliquo = 0
flc = 000
TT = 0
cont = 000
 Contrôle de l'Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) : **Acuité visuelle** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
 Commentaires : **Arrière Biscan. 36 ans. Ducos (Janv 2013), legs traumat. pro RAS. Plaques : Lombalgies de posture; de plantaires. charruallge onctine; gonalgies de**
 (235) Analyse d'urine : Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

| | Lunettes/Contact | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|--|--|
| Œil droit sans correction | <input checked="" type="checkbox"/> | Corrigée à | | |
| Œil gauche sans correction | <input checked="" type="checkbox"/> | Corrigée à | | |
| Vision binoculaire, sans correction | <input checked="" type="checkbox"/> | Corrigée à | | |

(230) Vision intermédiaire

| N14 lu à 100cm | Sans correction | | Avec correction | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|-----------------|-----|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Œil gauche | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

| Glucose | Protéines | Sang | Autres | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Rapport annexés | | Non réalisé | Date | Nor mal | Anor mal |
| (238) ECG | | | 19-07-2013 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| (239) Audiogramme | | | 10-19-2013 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| (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-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 | <i>d</i> | | | |
| Œil gauche | <i>d</i> | | | |
| Vision binoculaire | <i>d</i> | | | |
| (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 |
| | | | | |

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| D : mmHg | | | | |
| (244) Divers (Sujet ?) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|------------|--------------------|
| Avis : | Nom : |
| <i>AFC</i> | |
| | Signature : |
| | <i>[Signature]</i> |

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

| | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques | Type ISHIHARA |
| Nombre de tables présentées <i>2</i> | Nombre d'erreurs <i>0</i> |

APTE pour la classe :
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

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

| | |
|---|---|
| Oreille droite | Oreille gauche |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Non <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Le destinataire :
Le motif :

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

| | |
|---|---|
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Non <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

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

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.

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Décision n° Du
Libellé :

| | | |
|--|--|---|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | 15,7 (g/dl) |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Champ d'application du certificat | Classe 1 <input type="checkbox"/> | Classe 2 <input type="checkbox"/> | Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|

(248) commentaires, limitations : *CR. absence de prochain visite. Apte classe 3 -> 31-12-2015*

(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
19-11-2017

Nom et adresse du médecin agréé
Dr. [Signature] CORREA, Av. de l'Ambassade des DAKAR SENEGAL

Cachet et signature
[Signature]
DR. BRUNO CORREA
Médecine Aeronautique
SN-MED-002
ANACIM

| | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|------------------------|
|  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 <input type="checkbox"/> | CLASSE 2 <input type="checkbox"/> | CLASSE 3 <input checked="" type="checkbox"/> |

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **LUCIANO INSALI**.....

Né(e) le : **17/09/1987** à **BISSAU**... Age : **36 ANS**.....

Demeurant : **GUINEE BISSAU**.....

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 : **19/12/23**

Limite de validité : **31/12/25** Durée de validité : **...2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

.....

Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
Médicins
2018


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 Evalueur 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.