



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 Aérien
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : Représentation ASECNA SENEGAL

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : AVOUGNASSOU
 Prénom : Sourou Gerard Simplicie
 Nationalité : BENINOISE Sexe : F M
 Né(e) le : 03/19/1970 à : DASSA-ZOUMÉ
 Lieu et date de l'examen médical : SUN DAKAR 20/12/2020
 Adresse : Villa N° 165 Grand Yoff
 Téléphone : 77 4852086 email : hylo25@yahoo.fr
 Profession/activité : Contrôleur Aérien
 Situation de famille : Nané / 4 enfants

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 : 20/12/2020 Lieu : SUN DAKAR Nom du médecin : Docteur NSIAYE
 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"/>	<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"/>	20		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>	21		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>	22	<input checked="" type="checkbox"/>	
10		<input checked="" type="checkbox"/>	23		
11		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		
12		<input checked="" type="checkbox"/>	24		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>	25		

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
27/12/2021
AVOUGNASSOU

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) : Appendicéctomie en 2002

NOM : **AVOUCUASSOU** Prénoms : **Saïrou Gerard Simplice** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **03/10/1970**

Lieu de naissance : **DASSA - ZOUDE**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 179 cm	(203) Poids 86 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Nbr	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos	
	Systolique 115	Diastolique 10	Pulsations 69	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	+		(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
Homme de 51 ans, marié, 4 enfants, motivé, social RAS, ATCD Diabète Insulinodépendant et appendicite chronique en 2002 (218)

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	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	+			
Œil gauche	+			
Vision binoculaire	+			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
+	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(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		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(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>Apte avec Res Michon ? Port de verre Correcteur</i>	Dr François Charles NDIAYE Médecin Dakar
	Signature :

(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

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

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature

(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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>