



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 : CONTROLEUR
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASEENA
ADRESSE : Villa N° 165 Grand Yoff

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|--|--|
| Nom : AVOUGNASSOU Prénom : SOUROU GERARD SIMPLICE Nationalité : BENINOISE Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : 03/10/1970 à : DASSA-ZOUANE (BENIN) Lieu et date de l'examen médical : AMS 12/12/2022 Adresse : Villa N°165 Grand Yoff Téléphone : 77-4852086 email : hylor25@yahoo.fr Profession/activité : contrôleur aérien Situation de famille : Agric | Activité(s) pratiques <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input checked="" 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 : 17/12/2021 Lieu : AMS Nom du médecin :

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 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 8 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 9 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 10 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 | | <input checked="" type="checkbox"/> |

Répondez aux questions suivantes :

| | OUI | NON |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 14 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 16 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 23 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pour les candidates : | | |
| 24 | | <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 textes en vigueur.

Toutes fausses déclarations 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

12/12/2022
[Signature]

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

Air Diab.
Appendicite 2002 → PAS



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 : **AVOUGNASSOU** Prénoms : **SOUROU GERARD SINDICE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **03/10/1970** Lieu de naissance : **DASSA-ZOUME (BENIN)**

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 177 cm | (203) Poids 89 kg | (204) Yeux couleur Vert | (205) Cheveux couleur Vert | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 147 Diastolique: 105 | | (207) Pouls au repos Pulsations: 70 Rythme: <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, compliance 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
Contrôle de l'oeil - 5'20' - 10' - 15' - 20' - 25' - 30' - 35' - 40' - 45' - 50' - 55' - 60'
(206) Anomalies.
Tachycardie = 0
A = 0 = acc.
spat = 0

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 |
|--|--|------------------|

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| Glucose | Protéines | Sang | Autres |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |

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

| | | | | |
|-------------------------------|-------------|--------------|---------|----------|
| Rapport annexés | Non réalisé | Date | Nor mal | Anor mal |
| (238) ECG | | 12-17 | | |
| (239) Audiogramme | | 2002 | | |
| (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
N5 lu à 30 - 50cm

| | | | |
|-----------------|-----|-----------------|-----|
| Sans correction | | Avec correction | |
| Oui | Non | Oui | Non |

Œil droit Oui Non
Œil gauche Oui Non
Vison binoculaire Oui Non

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Oui Non

Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
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 |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|--|--|
| Oreille droite | Oreille gauche |
| 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"/> | Ab = 14,15 g/dl Hb = 9,5 |

(238) commentaires, limitations :
Pat Conclum optique

(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
19-19-2017

Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

D : mmHg
(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Apte*
Nom : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

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

Apte doré 3 -> 10-06-2017