

 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 :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>AVOUGNASSOU</u> Prénom : <u>Soucou Gerard Simplex</u> Nationalité : <u>BENINOISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>03/10/1970</u> à : <u>DASSA-ZOUNE</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>CMS</u> Adresse : <u>Villa N° 165 Grand Yoff</u> Téléphone : <u>77 485 20 86</u> email : <u>lylos25@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marie</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 : 30/06/2023 Lieu : CMS Nom du médecin : Dr 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 »

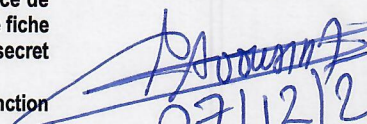
	OUI	NON
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire		☒
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒
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.

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


07/12/2023

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

15 : Appendicite dans les années 2000 -
21 : Récurrent
22 : Nerves d'arracheur.

 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 : AVOUGNASOU		Prénoms : Sourou Gerard Simplicie		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 03/10/1970	Lieu de naissance : DASSA-ZOUMÉ	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille cm 178	(203) Poids kg 88	(204) Yeux couleur Nourou	(205) Cheveux couleur Nour	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 127, Diastolique: 88	(207) Pouls au repos Pulsations: 73, Rythme: ☒ 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, tympan, 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. Cholestérol élevé de 530mg, marque 42, 322, antécédents pathologiques, path VC Tension artérielle = occasionnel Spont, psychisme bon							

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
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	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit		10	
Œil gauche		10	
Vision binoculaire		10	

(235) Analyse d'urine Normale ☐ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal
(238) ECG			07/14/23	OK
(239) Audiogramme				
(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 Oui Non		Avec correction Oui Non
Œil droit				10
Œil gauche				10
Vision binoculaire				10
(232) Lunettes Oui ☒ Non ☐ Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter		(233) Lentilles de contact Oui ☐ Non ☐ Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter		
(231) Perception des couleurs Tables pseudo-isochromatiques Nombre de tables présentées 20		Type ISHIHARA Nombre d'erreurs 20		
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisé)		Oreille droite Oreille gauche Oui ☒ Oui ☒ Non ☐ Non ☐		
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Audiométrie éventuelle Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 Oreille droite Oreille gauche		
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine VEMS/CV % Peak Flow (l/min) (g/dl) Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Hb = 15.5 Gly = 1.2		
(248) commentaires, limitations : HTA = RAS, ECG = RAS. Pour l'avis de l'expert				
(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 08-12-2023		Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL		Cachet et signature Dr Patrick CORREA Médecin Aeronautique SN-MED-004 DGAC N° 3857 - FAA-00773

 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 ☐	CLASSE 2 ☐	CLASSE 3 ☒

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **SOUROU GERARD SIMPLICE AVOUGNASSOU**

Né(e) le : **03/10/1970** à **DASSA-ZOUME**... Age : **...53 ANS**.....

Demeurant : **GRAND YOFF**.....

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 : **07/12/23**

Limite de validité : **30/06/24** Durée de validité : **...6 MOIS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
 Médecin Aéronautique
 SN - MED - 004

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.