

 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

TYPE DE PERSONNEL : Contrôleur Aérien
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : Aéroport M. LSS Yoff

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIOUT</u> Prénom : <u>DIEGANE</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>12/11/75</u> à : <u>Toucar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar FANN le 17/12/21</u> Adresse : <u>AMS FANN / AMLSS cité ASECNA Yoff</u> Téléphone : <u>781258067</u> email : <u>dioutdiegane75@gmail.com</u> Profession/activité : <u>contrôleur</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 : 12/2020 Lieu : Dakar 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 »

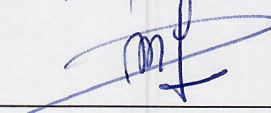
		OUI	NON
1	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
2	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
3	Taux de cholestérol élevé		☒
4	Maladie respiratoire		☒
5	Maladies de l'estomac		☒
6	Maladies du foie		☒
7	Diabète		☒
8	Maladies rénales		☒
9	Maladies articulaires et du dos		☒
10	Maladie thyroïdienne		☒
11	Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
12	Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
13	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

17/12/2021


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 : DIOUF		Prénoms : Diegane		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 12/11/1975		Lieu de naissance : Touba	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos
					Systolique	Diastolique	
					120	78	Pulsations : 68 Rythme : ☐ irrégulier ☒ 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, tympons, 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 <i>Aucune anomalie constatée, patient en bon état, pas de problèmes particuliers.</i>							

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	9/10	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	9/10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10/10	
(230) Vision intermédiaire			
	Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit		☒	
Œil gauche		☒	
Vision binoculaire		☒	

Glucose ☐	Protéines ☐	Sang ☐	Autres ☐	
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
				Anor mal
(238) ECG			17/11/2011	☒
(239) Audiogramme			17/11/2011	
(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		✓
Œil gauche		✓
Vision binoculaire		
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact	
Oui ☒ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	
Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter	Type :	

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 10	Nombre d'erreurs 0

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

Oreille droite	Oreille gauche
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui ☒ Non ☐

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 ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
--------------------	---------------------------------	---------------------

(244) Divers (Sujet ?)	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Avis : <i>Après avec restriction Port de verres Correcteurs</i>	Nom : Dr François Charles NDIAYE Médecin Dakar Signature : <i>[Signature]</i> Assistante Médicale 34 Avenue de l'Indépendance Dakar Tél/Fax: 33 20 26 71 50 41
--	--

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

☐ APTÉ 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 ☐
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------