



MEDECINE AERONAUTIQUE ET AEROSPATIALE : EXAMEN MEDICAL REVISIONNEL CLASSE 3

Cette page est à remplir par le candidat

Ecrire en lettres capitales

Nom : DIOUF Prénom : MIEGANE

(Nom de jeune fille)

Sexe M ☒ F ☐

Née le : 12/11/75

Adresse : Cité ASECNA Aéroport LSS

Email : michel@yahoo.fr Tel : 78.125.8067

Profession / activité : Contrôleur aérien

ACTIVITE(S)

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 : lieu : nom du médecin :

Vous aviez été déclaré : APTE ☒ INAPTE ☐

Répondez aux questions suivantes

	OUI	NON
1 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☐	☒
2 Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ?	☐	☒
3 Avez-vous eu un traumatisme crânien ?	☐	☒
4 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	☐	☒
5 Etes-vous un consommateur habituel de tabac ?	☐	☒
6 Prenez-vous actuellement un ou des médicaments ?	☐	☒
7 Faites-vous usage de drogues illicites ?	☐	☒
8 Consommez-vous de l'alcool de façon importante ?	☐	☒
9 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou de lentilles ?	☒	☐
10 Avez-vous été réformé ou exempté du service national ?	☐	☒

Rappel : l'état de grossesse entraîne l'Inaptitude temporaire.
A son issue, un nouvel examen d'aptitude est obligatoire avant le reprise des vols.

DECLARATION DU CANDIDAT : JE SOUSSIGNE, DECLARE AVOIR REPONDU DE FACON SINCERE AUX QUESTIONS QUI M'ONT ETE POSEE LORS DU PRESENT EXAMEN ET NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE TROUBLES DE MON ETAT DE SANTE AUTRES QUE CEUX QUE J'AI SIGNALES. JE SUIS INFORME QUE CETTE FICHE D'EXAMEN EST ADRESSEE AU CONSEIL MEDICAL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE, DANS LE RESPECT DU SECRET MEDICAL, CONFORMEMENT A L'ARRETE DU 3 OCTOBRE 2006

Date et Signature

27/09/2016

TOUTE FAUSSE DECLARATION PRIVERAIT D'EFFET LA DECISION D'APTITUDE

Annotations du médecin, précisions sur les réponses "Oui" (reporter le numéro de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 26. précisez la quantité)



Date: 23/10/2018

MEDECINE AERONAUTIQUE ET AEROSPATIALE : EXAMEN MEDICAL REVISIONNEL CLASSE

3

Cette page est à remplir par le candidat

Ecrire en lettres capitales

Nom : DIOUF Prénom : DIEGANE
(Nom de jeune fille) Sexe M ☒ F ☐

ACTIVITE(S)

Née le : 12/11/75 à TOUCAR

Activités aériennes antérieures :

Adresse : Cité ASERNA AILSS Yoff AFES

NEANT

Email micheldiouf@yahoo.fr Tel 78125 8067

Heures de vol :

Profession / activité ... CONTROLEUR AERIEN

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? Oui ☒ Non ☐Si Oui : Date : Lieu : AMS Nom du médecin : CORREAVous aviez été déclaré : APTÉ ☒ INAPTE ☐

Répondez aux questions suivantes

	OUI	NON		OUI	NON
1 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒	1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ?		☒	2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Avez-vous eu un traumatisme crânien ?		☒	3 Maladie respiratoire, bronchite		☒
4 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒	4 Pneumothorax		☒
5 Etes-vous un consommateur habituel de tabac ?		☒	5 Asthme, allergie		☒
6 Prenez-vous actuellement un ou des médicaments ?		☒	6 Troubles digestifs, gastriques, hernies		☒
7 Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒	7 Troubles hépatiques, biliaires		☒
8 Consommez-vous de l'alcool de façon importante ?		☒	8 Diabète, sucre dans les urines		☒
9 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou de lentilles ?		☒	9 Troubles rénaux, coliques néphrétiques		☒
10 Avez-vous été réformé ou exempté du service national ?		☒	10 Rhumatismes, problèmes vertébraux		☒
<i>⊕ RAS. Jeunesse. Mince RAS. Célib. 185 cm. 4 RAS. Spuit = ok. Talc = 0. Adm = ok.</i> Rappel : l'état de grossesse entraîne l'inaptitude temporaire. A son issue, un nouvel examen d'aptitude est obligatoire avant la reprise des vols.			11 Maladie thyroïdienne		☒
			12 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
			13 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
			14 Vertiges, pertes de connaissance		☒
			15 Epilepsie, convulsions		☒
			16 Migraines		☒
			17 Troubles du sommeil		☒
			18 Problèmes psychiatriques		☒

DECLARATION DU CANDIDAT : JE ,SOUSSIGNE, DECLARE AVOIR REPONDU DE FACON SINCERE AUX QUESTIONS QUI M'ONT ETE POSEE LORS DU PRESENT EXAMEN ET NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE TROUBLES DE MON ETAT DE SANTE AUTRES QUE CEUX QUE J'AI SIGNALES.

JE SUIS INFORME QUE CETTE FICHE D'EXAMEN EST ADRESSEE AU CONSEIL MEDICAL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE, DANS LE RESPECT DU SECRET MEDICAL, CONFORMEMENT A L'ARRETE DU 3 OCTOBRE 2006

Date et Signature

le 23/10/18

TOUTE FAUSSE DECLARATION PRIVERAIT D'EFFET LA DECISION D'APTITUDE

Annotations du médecin, précisions sur les réponses "Oui" (reporter le numéro de l'item) :

(Si OUI pour 23 et 26, précisez la quantité)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : a0927210 Prélèvement du : 27.09.2016

Patient né le 12.11.1975 - 40 ans

Monsieur **DIOUF Diogane**

Docteur CORREA Patrick

BIOCHIMIE

Glycémie à jeun
(Lisa200/Hycel)

=

1,01 g/l
5,6 mmol/l

Valeurs de référence
(0,70-1,10)

Antécédents

⚡ Discordance entre la Glycémie et l'Hémoglobine glyquée.
A contrôler sur un prochain prélèvement.

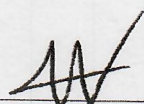
Hémoglobine glycosylée Hb A1c
(IN 2 it-BioRad)

=

6,1 %

(inf. à 6,0)

⚡ Valeurs de référence pour un sujet non diabétique. Chez le sujet diabétique, les objectifs
sont individualisés, fixés par le médecin traitant.



Dr K. HOUDROUGE

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com

le 27.09.2016 à 15h12

Page n° 1/1 - PDF -

MEILLEURS SENTIMENTS

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : c1023217 Prélèvement du : 23.10.2018

☆ Préservons l'environnement : résultats recto/verso ☆

Patient né le 12.11.1975 - 42 ans

Monsieur DIOUF Diegane

Docteur CORREA Patrick

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (Micros-Pentra60/ABX) Valeurs de référence Antériorités

NUMERATION GLOBULAIRE

Le 26.09.17

Globules rouges	=	4,87 Millions/mm ³	(4,20-5,70)	4,81
Hémoglobine	=	14,6 g/100ml	(14,0-17,0)	14,1
Hématocrite	=	43,0 %	(40,0-52,0)	41,8
Volume globulaire (V.G.M.)	=	88 µ ³	(80-95)	87
Charge (T.G.M.H.)	=	30 pg	(28-32)	29
Concentration (C.C.M.H.)	=	34 %	(30-35)	34
Plaquettes	=	316.000 /mm ³	(150000-450000)	225.000
Volume plaquettaire moyen	=	7,0 fl	(6,5-11,0)	7,2
Globules blancs	=	3.900 /mm ³	(4000-10000)	3.300

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles	=	37,2 % soit	1451 /mm ³	(2000-7000)	1521
Polynucléaires éosinophiles	=	1,7 % soit	66 /mm ³	(100-400)	53
Polynucléaires basophiles	=	0,8 % soit	31 /mm ³	(0-150)	17
Lymphocytes	=	52,7 % soit	2055 /mm ³	(1500-4000)	1505
Monocytes	=	7,6 % soit	296 /mm ³	(200-800)	205

F.HOUDROUGE

le 23.10.2018 à 12h55

MEILLEURS SENTIMENTS