

 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 : CONTROLLEUR AERIEN
CLASSE : CLASSE 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : OUAKA

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>MOUSTAOU SALANI</u> Prénom : <u>NOURIDINE</u> Nationalité : <u>NIGÉRIENNE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>16/07/1991</u> à : <u>NIATRY</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ANS / 07-12-2023</u> Adresse : <u>OUAKA</u> Téléphone : <u>772319162</u> email : <u>MOUSTAOUNO</u> Profession/activité : <u>CONTROLLEUR AERIEN</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u>	Activité(s) pratiques <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input checked="" type="checkbox"/> Autres précisez : <u>contrôle aérien</u> 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 : 28/12/2021 Lieu : ANS Nom du médecin : DR KOREA
 Vous avez été déclaré : Apte Inapte

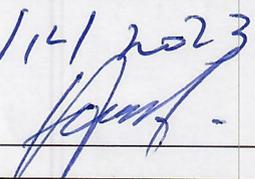
Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

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

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Autres	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 testes en vigueur.
 Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait 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) : 1: HTA de stress par épisode 2: Geste de stress en épisode
6: Prediabeti etre par H1D 8: Cervicalgia Post Tra (2008)
11 et 22: Bore de l'oeil / Port Ve 12: Depresion / Malade en 2008 r
25: Rhinite allergique



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 : MOUSTADOU SALATI Prénoms : NOURIDINE Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 12/07/1991 Lieu de naissance : NIATIEY

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm 185	(203) Poids kg 115	(204) Yeux couleur Barron	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 131	Diastolique 81		
						Pulsations 58	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, 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	X		(227) Etat général	+

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
Homme de 32 ans, dent 5 dents, dent de lait, en prothèse civile par NITD, s'ouvre allège, cervical post Tx ancien, en sur poids, psy équilibré.

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
t

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Œil droit sans correction	Corrigée à	10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10

Rapport annexés	Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
-----------------	--------------	------	---------	----------

(230) Vision intermédiaire

	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	+			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			

(238) ECG	Date	07/10/23	d
(239) Audiogramme	Date	07/12/23	d
(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		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 checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 0

(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'examineur

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Hb (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Hb = 15,3
		Co2 = 0,88

(248) **commentaires, limitations :**
Part candidat opticien

(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
08-12-2017

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°287-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 : *Après Besnick Post VC*

Nom : *Patrick CORREA*

Signature: *[Signature]*

Stamp: *Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°287-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

Champ d'application du certificat	Classe 1 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

Après classe 3 -> 31-12-2015

 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 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input checked="" type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **NOURIDINE MOUSTAOU SALAMI**.....

Né(e) le : **12/07/1991** à NIAMEY... Age : **32 ANS**.....

Demeurant : **OUAKAM**.....

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 : **08/12/23**

Limite de validité : **31/12/25** Durée de validité : **...2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet


Dr Patrick CORREA
 Médecin Aeronautique
SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

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.