



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 : Pilote (PNT)
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : Air Sénégal SA
ADRESSE : BOIT N°2 Route King Fahd Palace

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>MBENGUE</u> Prénom : <u>Amadou Lamire</u> Nationalité : <u>sénégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>27/01/1982</u> à : <u>Nakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>30/01/2023 à ANS</u> Adresse : <u>307 Sacré Coeur 3 villa 8003</u> Téléphone : <u>77-018-47-74</u> email : <u>polamire2@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Pilote</u> Situation de famille : <u>marie</u>	Activité(s) pratiques <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>2518</u>
---	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : 21/07/2022 Lieu : Nom du médecin : Patrick 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 »

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

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 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

30/01/2023

Annotations du médecin-examinateur 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 : *MBENGUE* Prénoms : *Amodou Lamine* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *27/01/1982*
Lieu de naissance : *Bakar*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>171</i> cm	(203) Poids <i>105</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Vert Vert</i>	(205) Cheveux couleur <i>Vert Vert</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>108</i>	Diastolique <i>90</i>	Pulsations <i>57</i>	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	<i>✓</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>✓</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>✓</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>✓</i>		(220) système génito-urinaire	<i>✓</i>
(211) Oreilles, tympan, compliance tympanique	<i>✓</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>✓</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>✓</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>✓</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>✓</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>✓</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>✓</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>✓</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>✓</i>		(225) Psychiatrie	<i>✓</i>
(216) Cœur	<i>✓</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>✓</i>
(217) Système vasculaire	<i>✓</i>		(227) Etat général	<i>✓</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
QPL - Aïn Sevegal SA - ATR 72 - A120 - 4 ans - Laine / 4 envs. *Tchole = 0*
Acid = 0
SpO2 = 0

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

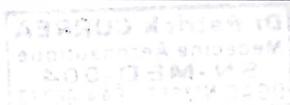
(235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	<i>no</i>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<i>no</i>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<i>no</i>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<i>✓</i>			
Œil gauche	<i>✓</i>			
Vision binoculaire	<i>✓</i>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal / Anor mal
(238) ECG			<i>31-01-2013</i>	<i>✓</i>
(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		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		1			
Œil gauche		3			
Vison binoculaire		2-			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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	20	Type ISHIHARA	0
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'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 = 14,9 g/dl
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		Age = 1,18 g/l

(248) commentaires, limitations :
Apti classe 1 → 31-07-2023

(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
31-01-2023
Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : _____ Nom : _____

Signature :
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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