

 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
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
ADRESSE : RESIDENCE DES ORANGERS
19 SALY

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>ALAOUI-HACHMANI</u> Prénom : <u>FAHD</u> Nationalité : <u>BELGE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>12/08/87</u> à : <u>BRUXELLES</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>26-01-2022</u> Adresse : <u>RESIDENCE DES ORANGERS</u> <u>AMS</u> <u>19 SALY</u> Téléphone : <u>77 53 35 85</u> email : <u>FAHD.ALAOUI@AIRSENEGAL.SN</u> Profession/activité : <u>PILOTE</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</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>3300 H</u>
--	--

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

Si OUI : Date : ____/____/____ Lieu : _____ 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		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>

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		
25		

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
26-01-2022


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



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 : **ALAOUI-HACHMANI** Prénoms : **FAHD** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **12-08-1987** Lieu de naissance : **BRUXELLES BELGIQUE**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 177 cm	(203) Poids 78 kg	(204) Yeux couleur BRUNS	(205) Cheveux couleur NOIR	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 110 Diastolique 60		(207) Pouls au repos 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	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
OP1. A 320. 34 ans. Comenius licence. Anabaccane -> EN. 3.300 (FAH)
AirSensyl. Lunette. 0 euf. Tabac=0 Alc=0 Adt=0 Sport=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			
	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction			10	
Œil gauche sans correction			10	
Vision binoculaire, sans correction				
(230) Vision intermédiaire				
N14 lu à 100cm				
Œil droit			9	
Œil gauche			9	
Vison binoculaire			1	

Glucose	Protéines	Sang	Autres				
0	0	0	Rapport annexés	Non réalisés	Date	Nor mal	Anor mal
			(238) ECG		26-01-2017	9	
			(239) Audiogramme		26-01-2017	9	
			(240) Examen Ophtalmologique		26-01-2017	9	
			(241) Examen ORL		26-01-2017	9	
			(242) Lipides sanguins		26-01-2017	9	
			(243) Fonctions respiratoires				
			(320) Tonométrie G :				

EEG = PAS



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"/>	
Vision 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 : <i>Pres</i>	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

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 : *[Signature]*

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FA 00773

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA *0*
Nombre de tables présentées *09* 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 *100mg/dl*

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(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"/>

(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 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------

(248) commentaires, limitations :
Part venue correcte

Apte classe 1 -> 26-01-2012

(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
97-01-2012

Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature
[Signature]
Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FA 00773