



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Travailleur
 DEGRE : chef d'équipe
 NOM DE L'EMPLOYEUR : Setex
 ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : Dane
 Prénom : Dadex
 Nationalité : Franco sénégalaise Sexe : ☐ F ☒ M
 Né(e) le : 25/08/1986 à : Mantou la jolie
 Lieu et date de l'examen médical : AMS 24/02/22
 Adresse : Thps pardele mile 3
 Téléphone : 75-522-34-25 email : dadexdane@gmail.com
 Profession/activité : chef d'équipe catemane
 Situation de famille : Marité

Activité(s) pratiques : Travailleur ferroviaire
 Activités antérieures : Travailleur ferroviaire
Genie civil

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

Si OUI : Date :/..../.. Lieu : Paris

Nom du médecin : Medecin du Travail

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		☒
14	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 ferroviaire : 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'autorité ferroviaire civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur.
 Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire

24/02/22
[Signature]

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



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : DEMO		Prénoms : Dady		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 05/08/1981				Lieu de naissance : Mantou la yohie	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 97 kg	(204) Yeux couleur Nain	(205) Cheveux couleur Nain	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos		
					Systolique 110	Diastolique 70	Pulsations 61	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, 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	☒		(227) Etat général		

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Deficite materian fenolică. după 8 ani. 35 ani
Nu s' este.
(220) Sequele. superficiale bursae abdo

$$\begin{aligned} T_{\text{obac}} &= 0 \\ A_{\text{lc}} &= 0 \\ \Pi &= 0 \\ S_{\text{part}} &= 1 - 2x \end{aligned}$$

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

(235)Analyse d'urine

Normale ☒ anormale ☐

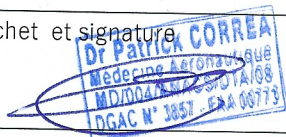
(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)			Lunettes/Contact	
			t	
Œil droit sans correction	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
Rapport annexés	Non réalisés	Date	Normal	Anormal	
(238) ECG		24-02-22	✓		
(239) Audiogramme		22-02-2022	✓		

 Assistance Médicale Sénégal	FORMULAIRE
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

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 <i>28-02-2007</i>	Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet et signature 
---	---	--