

| | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------------|
|  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 : Contrôleur Aérien
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : Yembeul Nord

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|---|---|
| Nom : <u>Ndiaye</u> Prénom : <u>Abdoulaye Gakou</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>09/10/1993</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS / 09/03/2022</u> Adresse : <u>Yembeul Nord</u> Téléphone : <u>77-702-78-13</u> email : <u>gakoundiaye@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</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 type="checkbox"/> Autres précisez : 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 : 17/03/2020 Lieu : AMS Nom du médecin : Dr Collica

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

| Répondez aux questions suivantes : | | OUI | NON |
|------------------------------------|---|-----|-----|
| 14 | Troubles du sommeil | | X |
| 15 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? | | X |
| 16 | Avez-vous eu un accident dans le passé ? | | X |
| 17 | Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? | | X |
| 18 | Etes-vous un consommateur de tabac ? | | X |
| 19 | Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? | | X |
| 20 | Faites-vous usage de drogues illicites ? | | X |
| 21 | Consommez-vous de l'alcool ? | | X |
| 22 | Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles | | X |
| 23 | Avez-vous été réformé ou exempté de service national ? | | X |
| Pour les candidates : | | | |
| 24 | Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ? | | |
| 25 | Autres | | |

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 testés 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

09/03/2022

Gakou

Annotations du médecin-examineur 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 : **NDIAYE** Prénoms : **Abdoulaye Gakou** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **09/10/1993**
Lieu de naissance : **Dakar**

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 181 cm | (203) Poids 68 kg | (204) Yeux couleur Vert | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 110 Diastolique 70 | (207) Pouls au repos Pulsations 76 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 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (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

Contaction des yeux et des mains = 0 yeux
Plaques - Gene. OD - à 84.

Tobac = 0
Atelle = 0
Spaut = 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 | 10 | Corrigée à | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|-----------------|-----|
| Œil gauche sans correction | 10 | Corrigée à | | |
| Vision binoculaire, sans correction | 10 | Corrigée à | | |
| (230) Vision intermédiaire | Sans correction | | Avec correction | |
| N14 lu à 100cm | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Œil gauche | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

| Glucose | Protéines | Sang | Autres | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Rapport annexés | | Non réalisé | Date | Nor mal |
| (238) ECG | | | 09-03 2017 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme | | | 09-03 2017 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (240) Examen Ophtalmologique | | | | |
| (241) Examen ORL | | | | |
| (242) Lipides sanguins | | | 09-03 2017 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (243) Fonctions respiratoires | | | | |
| (320) Tonométrie G : D: mmHg | | | | |



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 type="checkbox"/> | | Non <input checked="" type="checkbox"/> | | Non <input type="checkbox"/> | |
| Type : | | | Type : | | |
| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter | |
| | | | | | |

| | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (244) Divers (Sujet ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

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

| | |
|--------|-------|
| Avis : | Nom : |
| | |
| | |

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

| | |
|-------------------------------|------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques | Type ISHIHARA |
| 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 |
| Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur | Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Non <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Audiométrie éventuelle

| | | | | | | |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
| Oreille droite | | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | | |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

- Glycémie : 99 mg/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 type="checkbox"/> | Classe 2 <input type="checkbox"/> | Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|

(248) commentaires, limitations :

Leucocytes à surveiller
Apti classe 3 - 31/03-2014

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé
 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 | Nom et adresse du médecin agréé | Cachet et signature |
| 15-03-2014 | Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL | |

