

 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

TYPE DE PERSONNEL : CONTROLEUR
CLASSE : CLASSE 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ARECNA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SARR</u> Prénom : <u>LATYR ANTOINE</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>04/08/90</u> à : <u>Fissel siéu</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS - 10-03-22</u> Adresse : <u>grand yoff Qtié gazelle</u> Téléphone : <u>77-185-00-24</u> email : Profession/activité : Situation de famille : <u>Marie</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : ____/____/____ 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	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	Ceil : 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 ?		X
25	Autres		X

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

10/03/2022

[Signature]

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

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			Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal	
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à			(238)ECG		10-07 2002 α.				
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à									
(230) Vision intermédiaire					Sans correction		Avec correction				
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non	(239) Audiogramme		10-07 2002 α.			
Œil droit		α									
Œil gauche		α				(240) Examen Ophtalmologique		10-07 2002 α.			
Vision binoculaire		α									
						(241) Examen ORL		10-07 2002 α.			
						(242) Lipides sanguins		10-07 2002 α.			
						(243) Fonctions respiratoires		10-07 2002 α.			
						(320) Tonométrie G :		10-07 2002 α.			

 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					
Œil gauche					
Vison binoculaire					
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☐		
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(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
Oui ☒	Oui ☒
Non ☐	Non ☐

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**

Glycémie: 88mg/dl

VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)	
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐

(248) **commentaires, limitations :**

*Leucocytes + CT = 2,38g/L. LDH = 1,67g/L à surveiller
Après classe 3 → 31-03-2024*

(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
<i>15-03-2022</i>	<i>Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>	<i>[Signature]</i>

(244) Divers (Sujet ?)	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Avis :	Nom :
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

(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
	☐	☐	☐

*Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3057 - FAA 00773*