



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : **DOUCOURE** Prénoms : **Fernand Armand** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **25/03/1934**  
Lieu de naissance : **LEONA THIAFOYE**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>82 cm</b>	(203) Poids <b>105 kg</b>	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>119</b> Diastolique <b>83</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>60</b> Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	--

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**PNE non réalisé SA. 30 ans. Ceclib. ocell.**  
**Sennell TA.**  
**Tobacco**  
**Acido**  
**Spant = +**  
**HT = 0.**

**Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)**  
(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	Corrigée à <b>10</b>
Œil gauche sans correction	Corrigée à <b>10</b>
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à <b>10</b>

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter	Type :
Œil droit	
Œil gauche	

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA** **0**

Nombre de tables présentées **30** Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreille droite	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreille gauche	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	--	----------------	--	----------------	--

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV	%	Peak 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"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

**Gfe = 9.87**

(248) Commentaires, limitations :  
**Part Coeur**  
**Apte Pnee -> 03-02-2027.**

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

Glucose <b>0</b>	Protéines <b>0</b>	Sang <b>0</b>	Autres
------------------	--------------------	---------------	--------

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<b>03-02-25</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<b>01-02-25</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?) :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **Apte** Nom : **Dr Patrick CORREA**  
Signature : **SM-MED-004**  
**DGAC N°3857 - FAA-00728**

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

**APTE pour la classe :**  
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe :  
 **INAPTE pour la classe :**  
 Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer le destinataire :  
le motif :

➤ Renvoi/consentation  
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"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé  
Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : **03-02-25** et lieu :  
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :  
**Dr Patrick CORREA**  
**3, Av. d. Ambassades**  
**DAKAR SENEGAL**  
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :  
Numéro d'AME :  
**Dr Patrick CORREA**  
**Médecine Aéronautique**  
**SN-MED-004**  
Réf Rapport examen médical 03.09.2019



**PAYS DE DELIVRANCE/STATE OF ISSUE : France**  
**Direction Générale de l'Aviation Civile - French CAA**

**RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE pour le Candidat / titulaire d'une ATTESTATION de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (CCA)**  
**CABIN CREW MEDICAL REPORT for Applicant / holder of a CABIN CREW ATTESTATION (CCA)**

(I) Etat dans lequel l'examen médical du candidat/titulaire du CCA a été réalisé (The state where the aero-medical assessment of the CCA applicant /holder was conducted):

**SENEGAL**

(III) Numéro de référence de l'attestation de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (Cabin crew attestation reference number (CCA)):

**PT2021CC09732**

(IV) Nom et prénom du candidat/titulaire du CCA (Last and first name of the CCA applicant /holder):

**DOUCOURE ISMAIL DRAME**

(XIV) Date de naissance du candidat/titulaire du CCA (jj/mm/aaaa) : (Date of birth of the CCA applicant/holder (dd/mm/yyyy)):

**15/03/1994**

(VI) : Nationalité du candidat/titulaire du CCA: (Nationality of the CCA applicant/holder):

**SENEGALAISE**

(VII) : Signature du candidat/titulaire du CCA: (Signature of the CCA applicant/holder):

(II) Résultat de l'évaluation aéro-médicale:

(Aero-medical assessment result): **APTE / FIT**  **INAPTE / UNFIT**

(XII) Restriction(s) si applicable (Limitation(s) if applicable):

Code(s)/Code(s):	Description(s)/Description(s):
- VDL	-
-	-
-	-

Date de fin de validité du précédent rapport médical (CCA) (jj/mm/aaaa): (Expiry date of the previous cabin crew medical report (dd/mm/yyyy)):

**26/02/25**

Date de l'examen aéro-médical (jj/mm/aaaa): (Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy)):

**03/02/2025**

Et nom du médecin (AeMC ou AME): (And name of the medical officer (AeMC or AME)):

**CORREA PATRICK**

(IX) Date de fin de validité de ce rapport médical (jj/mm/aaaa): (Expiry date of this medical report (dd/mm/yyyy)):

**03/02/2027**

(X) Date de délivrance (jj/mm/aaaa) nom et signature de l'AeMC ou AME ou de l'autorité: (Date of issue (dd/mm/yyyy) name and signature of the AeMC or AME or authority):

**03/02/2025**

(XI) Sceau ou cachet de l'AeMC ou de l'AME ou de l'autorité: (Seal or stamp of the AeMC or AME or authority):

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



IX Expiry date of this medical report  
(dd/mm/yyyy):

26/02/2025

**Limitations (AMC1 MED.C.035)**

- (MCL) - restriction to operate only in multi-cabin crew operations
- (OOL) - restriction to specified aircraft type(s)
- (OAL) - restriction to a specified type of operation
- (TML) - requirement to undergo the next aero-medical examination and assessment at an earlier date than required by MED.C.005(b)
- (SIC) - requirement to undergo specific regular medical examination(s)
- (CVL) - requirement for visual correction
- (CCL) - requirement for visual correction by means of contact lenses that correct for defective vision
- (HAL) - requirement to use hearing aids
- (SSL) - special restriction as specified

**MED.A.020 - Decrease in medical fitness**

- (a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they:
- (1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;
  - (2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the licence;
  - (3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the licence.
- (b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they:
- (1) have undergone a surgical operation or invasive procedure;
  - (2) have commenced the regular use of any medication;
  - (3) have suffered any significant personal injury involving any incapacity to exercise the privileges of the licence;
  - (4) have been suffering from any significant illness involving any incapacity to exercise the privileges of the licence;
  - (5) are pregnant;
  - (6) have been admitted to hospital or medical clinic;
  - (7) first require correcting lenses.
- (d) Cabin crew members shall not perform duties on an aircraft and, where applicable, shall not exercise the privileges of their cabin crew attestation when they are aware of any decrease in their medical fitness, to the extent that this condition might render them unable to discharge their safety duties and responsibilities.

