



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 : DNT

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : SAN AIRWAYS

ADRESSE : CORICO YOFF VILLA 3

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : KEBE
Prénom : MOR
Nationalité : SENEGALAISE
Né(e) le : 18/01/1976 à : DAKAR Sexe : F M
Lieu et date de l'examen médical : DAKAR 30/09/2022
Adresse : CORICO YOFF VILLA 3
Téléphone : _____ email : KEBEMOR@GMAIL.COM
Profession/activité : Commandant de bord
Situation de famille : MARIÉ

Activité(s) pratiques
 Avion Planeur
 Hélicoptère Ballon
 Autres précisez : _____
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)
Aérodrome : LE BOURLET
Activités aériennes antérieures : _____
Heures de vol : 10000

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

Si OUI : Date : 01/04/2022 Lieu : DAKAR Nom du médecin : COLLETA

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 »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

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

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
30/09/2022
[Signature]

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



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 : KOBE Prénoms : MOR Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 18/01/1976
 Lieu de naissance : JAKAR

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>186</u> cm	(203) Poids <u>83</u> kg	(204) Yeux couleur <u>bleu</u>	(205) Cheveux couleur <u>blanc</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <u>108</u>	Diastolique <u>72</u>		
						Pulsations <u>73</u>	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	<u>1</u>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<u>1</u>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<u>1</u>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<u>1</u>		(220) système génito-urinaire	<u>1</u>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<u>1</u>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<u>1</u>
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuels	<u>1</u>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<u>1</u>
(213) Yeux - pupilles	<u>1</u>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<u>1</u>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<u>1</u>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<u>1</u>
(215) Poumons, thorax, seins	<u>1</u>		(225) Psychiatrie	<u>1</u>
(216) Cœur	<u>1</u>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<u>1</u>
(217) Système vasculaire	<u>1</u>		(227) Etat général	<u>1</u>

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

ODD Anomalie Appareil Pulmonaire 8X. 4 Coeur. Laine Telle.

Talbac = 0
 Ale = 0
 Spuit = 0

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact

	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	<u>16</u>			
Œil gauche sans correction	<u>14</u>			
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>			
(230) Vision intermédiaire				
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<u>1</u>			
Œil gauche	<u>1</u>			
Vision binoculaire	<u>1</u>			

(235) Analyse d'urine

Normale anormale

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<u>0</u>	<u>0</u>				
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
			<u>30-03-2017</u>	<u>1</u>	
(238) ECG					
(239) Audiogramme					
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins			<u>30-03-2017</u>	<u>1</u>	
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					

ST PATRICK CORREA
 1000 447 107 4 1000



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

SN-SEC-MED-FORM-02-A

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		1			
Œil gauche		3			
Vison binoculaire		2			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 09 Nombre d'erreurs 0

(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

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	Hémoglobine (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"/>

Chc = 0.8

(248) commentaires, limitations :
Apté classe 1 → 31-07-2017

(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
30-09-2022

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

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 :

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

Signature :

(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"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------

(250) Lieu et date

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA-00773