



RAPPORT MEDICAL

Doc. n. FORM-COR-HR-HLT-039-F

Rev. 02

06/11/15

Page 1 of 3

Ref. doc. OPR-COR-HR-HLT-001-E

1. ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS

i Dakar

Nom complet ALPHONSE GAIKY FAYEDate de Naiss. 26/4/75

Sexe

☒ M☐ FPosition RESPONSABLE DE PAIEMatricule 0046Groupe Sang. AARh ☐

Cocher la case

☐

Oui

Non

1. a) Prenez-vous un traitement régulier quelconque actuellement? ☐ ☒
- b) Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? ☐ ☒
2. Avez-vous déjà souffert des maladies suivantes:
- a) Epilepsie, vertige, perte de connaissance ou autres? ☐ ☒
- b) Asthme, bronchite, ou autre maladie pulmonaire? ☐ ☒
- c) Rhumatisme, Fièvre rhumatoïde, arthrite ou autre maladie des muscles ou des articulations ? ☐ ☒
- d) Douleurs thoraciques, essoufflement, palpitation, hypertension ou autre maladie du cœur ou de la circulation ? ☐ ☒
- e) Indigestion, ulcère, diarrhée, constipation ou autres problèmes intestinaux, hépatite ou autres maladies du foie, diabète ? ☒ ☐
- f) Maladies des reins, de la vessie, ou génito-urinaires? ☐ ☒
- g) Blessure, operation, infirmité? ☐ ☒
- h) Autres maladies quelconques non mentionnées ci-dessus? ☐ ☐
3. a) Avez-vous déjà été hospitalisé? ☐ ☒
- b) Avez-vous déjà subi un bilan médical spécialisé? ☐ ☒
4. Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible? ☐ ☒
5. Femme: Avez-vous déjà eu une affection gynécologique ou des problèmes obstétricaux? ☐ ☐
6. Avez-vous déjà pris des médicaments autres que ceux prescrits par un médecin? ☐ ☒
7. a) Non-fumeurs: Avez-vous fumé dans le passé ? ☒ ☐
- b) Fumeurs: Quelle quantité fumez-vous par jour? ☐ ☐
- c) Quelle est votre consommation moyenne en alcool? ☐ ☐

Donner des détails en cas de réponse "Oui"

(Incluant dates, durée et toutes les informations pertinentes)

Cigarettes ☐ Cigares ☐ Pipes ☐Quantité ☐

2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	Age si vivant	Etat de santé	Age du décès si décédé	Cause du décès
Père			2013	Maladie
Mère	76 ans	Normal		
Frère / Sœur	53 ans	v		
Frère / Sœur	52 ans	v		
Frère / Sœur	50 ans	v		

Je déclare, au meilleur de ma connaissance, que les réponses aux questions ci-dessus sont exactes et complètes. Je confirme que j'ai vérifié et avéré correctes les réponses qui ne sont pas de mon écriture. J'accorde la permission de prendre des échantillons de sang, de salive et / ou de l'urine dans le cadre de cet examen. Je comprends que cette déclaration sera transmise au service médical de la Société.

Signature

(A signer en présence de l'examineur)

DATE

le 23/10/2023



RAPPORT MEDICAL

Doc. n. FORM-COR-HR-HLT-039-F

Rev. 02

06/11/15

Page 2 of 3

Ref. doc. OPR-COR-HR-HLT-001-E

3. RESUME DES ANTECEDENTS MEDICAUX DE MR. / Mme.

Le candidat a-t-il présenté une des pathologies suivantes ? Si oui, donner les détails.

Cocher la case en cas d'antécédents		Oui	Non		Oui	Non
1. Otite/ Sinusite / Vertiges	☐	☐	☒	8. Maladie endocrinienne	☐	☒
2. Pathologie ORL	☐	☐	☒	9. Hernie / Hydrocele / hémorroïdes	☐	☒
3. Achromatopsie/baisse de la vue	☐	☐	☒	10. Fistule / Appendicite / Varicocele	☐	☒
4. Maux de tête fréquents / Evanouissement	☐	☐	☒	11. Paludisme / Maladie tropicale	☐	☒
5. Epilepsie / Maladie Mentale	☐	☐	☒	12. Maladie de la peau	☐	☒
6. Hypertension	☐	☐	☒	13. Cancer ou tumeur	☐	☒
7. Diabète	☐	☐	☒	14. Allergie alimentaire / médicamenteuse	☐	☒

Détails: DREPA AS. Faulhaber

4. RAPPORT D'EXAMEN CLINIQUE

En cas de réponse "Oui" dans le questionnaire ci-dessous, donner les détails dans la colonne de droite.

Cocher par		Oui	Non	Détails si "oui"
8. Mensurations et description physique				
a) Mensurations	☐	☒		Taille : <u>173</u> cm Poids : <u>60</u> Kg
b) Décrire l'apparence générale:	☐	☒		BMI: Kg/m ² Tour de taille: cm
c) Existe-il des signes d'imprégnation (actuelle ou passée) alcoolique, tabagique, ou d'un mode de vie irrégulier ?	☐	☒		
d) Existe-t-il des adénopathies ou un goitre ?	☐	☒		
e) Existe-t-il de cicatrices ?	☐	☒		
9. Système Cardio-vasculaire & Pression artérielle				
a) Y a-t-il des signes de cardiomégalie? Si "Oui", Est-elle légère, modérée ou très marquée?	☐	☒		
b) Existe-il une irrégularité du rythme?	☐	☒		
c) Existe-il une anomalie des pouls artériels périphériques?	☐	☒		
d) Existe-il des signes d'insuffisance veineuse (Varices)?	☐	☒		
e) Pression artérielle: (Valeurs sur la page de droite)	☐	☒		Systolique / Diast: <u>118/85</u> Pouls: <u>91</u>
10. Système Respiratoire				
a) Existe-t-il une anomalie dans l'aspect et le développement du thorax ?	☐	☒		
b) Existe-t-il des signes physiques d'anomalies pulmonaires?	☐	☒		
11. Système Genito / Urinaire & Système Digestif				
a) Existe-il des anomalies dans les tests urinaires?	☐	☒		
b) Existe-il une sensibilité anormale ou une autre anomalie à la palpation abdominale?	☐	☒		
c) Existe-t-il de hernie ?	☐	☒		
12. Système Nerveux				
a) Existe-t-il de signes d'atteinte du système nerveux central	☐	☒		
b) Existe-t-il des signes suggestifs de pathologie psychiatrique ?	☐	☒		
13. Organes de sens				
a) Y a-t-il une affection du nez des oreilles ou de la langue ?	☐	☐		
Vision				Des couleurs
Non corrigée	OD <u>10</u> OG <u>10</u>	De près	OD <u>10</u> OG <u>10</u>	Adéquate
Corrigée	OD <u>10</u> OG <u>10</u>		OD <u>10</u> OG <u>10</u>	Défectueuse

Remarques:



RAPPORT MEDICAL

Doc. n. FORM-COR-HR-HLT-039-F

Rev. 02

06/11/15

Page 3 of 3

Ref. doc. OPR-COR-HR-HLT-001-E

5. RESULTATS DES EXAMENS ET RAPPORT

Rapport des résultats de la radio, l'ECG, l'Audiogramme et des examens sanguins/ urinaires

Tous les résultats doivent être joints. Indiquez vos remarques en cas de résultats anormaux

1. Radio du Thorax

2. ECG

RAS

3. Audiogramme

RAS

4. Analyses sanguines (Joindre les résultats des examens suivants ou indiquez ci-dessous les résultats):

RAS

1) Hémoglobine :	198 [g/dl]	10) VGM (*)	[fl]	19) HDL Cholestérol	[mmol/l]
2) Globules Rouges :	[10 ⁶ /μl]	11) TCMH (*)	[pg]	20) LDL Cholestérol	[mmol/l]
3) VS	86 > 150	12) CCMH (*)	[g/dl]	21) Triglycérides	[mmol/l]
4) Globules blancs :	[10 ³ /μl]	13) Plaquettes :	[10 ³ /μl]	22) Bilirubine Totale :	[μmol/l]
5) Neutrophiles :	[%]	14) Réticulocytes (*) :		23) Bilirubine Directe :	[μmol/l]
6) Lymphocytes	[%]	15) Hématocrite :	[%]	24) Phosphatase Alcaline :	[U/l]
7) Monocytes :	[%]	16) Glycémie :	75 [mmol/l]	25) AST (SGOT) :	[U/l]
8) Eosinophiles :	[%]	17) Urée sanguine :	4.82 [mmol/l]	26) ALT (SGPT) :	[U/l]
9) Basophiles :	[%]	18) Cholestérol Total :	1.42 [mmol/l]	27) Gamma GT :	[U/l]

5. Examen d'urine :

6. Drogues (***), alcootest (***)

- | | | | |
|-------------------|--------------|--------------------|-----------|
| 1) Amphétamines | 3) Cocaine | 5) Met amphetamine | 7) Alcool |
| 2) Benzodiazepine | 4) Marijuana | 6) Opiacés | |

7. ☐ HIV (*) :8. ☐ Test à la Tuberculine (*)9. ☐ Ag Hbs (**)

Ac Hbs (**)

AcHbc (**)

AgHbe (**)

AcHbe (**)

AcHAV(**)

10. ☐ TPHA11. ☐ Examen de selles (*)12. ☐ Prélèvement de gorge (*)

(*) Seulement si requis (**) Uniquement aux personnes jamais vaccinées ou si expressément requis

(*** Obligatoire à l'embauche, et à l'examen périodique pour l'aptitude offshore et employés impliqués à toute position sensible de sécurité. Pour les autres employés cela dépendra des circonstances nationales et recommandations légales internationales.

6. RESUME GLOBAL, EVALUATION ET RECOMMANDATIONS

Le présent certificat médical est valide jusqu'au:

Je certifie avoir examiné Mr./Mme.

Et le/la déclare

Apte (offshore/onshore)



INAPTE



En attente



Signature du médecin examinateur

Date:

22-11-2015

(Cachet, Signature, Nom et adresse)

Dr Patrick CORREA
3 Av. des Ambassadeurs Fann
Résidence Dakar - Sénégal
MEDECINE SUBAQUATIQUE / HYPERBARE
Tél : 33 824 26 71

Assistance Médicale Sénégal



Dakar le 23/10/23

Dr Patrick CORREA
Médecine Générale
Médecine d'Urgence
Tel: +221 77 391 11 22-Dakar

BULLETIN DE RADIO

Nom: FAYE

Prénom: ALPHONSE

Age:

Diagnostic: VISITE D'APTITUDE SAPEM

RECHERCHE DEMANDÉE:

-examen fonds d'œil et tonus oculaire

RESULTATS

Av Avec Correction

OD = 0,50
ADD +1,75

OG Plcu (-9,25 Mo)
ADD +1,75

$T_o = \frac{22}{22} A^{\circ} 12^{\circ} 39'$

26/10/2023

Dr C. Mangara d'ERNEVILLE
OPHTALMOLOGISTE
N° 0887 - Section 07 29 - 10 - 97
15 - 7 AV CARDE DAKAR (SENEGAL)
Tel: 221 33 822 06 02



MEDICARDE

DOCTEUR CAROLE MANGARA D'ERNEVILLE

- Ophtalmologie Médico-chirurgicale
- Esthétique des paupières
- Rajeunissement du visage

**Dr Carole MANGARA
D'ERNEVILLE**

Ophtalmologiste
N° 688 / Section B / 29 10 97

Tel : +221 33 822 06 02

E-mail : carolemangara@gmail.com

Dakar le : 26/10/2023

Monsieur Alphonse FAYE

ORDONNANCE LUNETTES

— Une monture :

Verres progressifs :

OEIL DROIT : -0.50 Add 1,75

OEIL GAUCHE : Plan (-0.25 a 110°) Add 1,75

- DIP = 63 mm

— BLUE CUT+ PHOTOGRAY



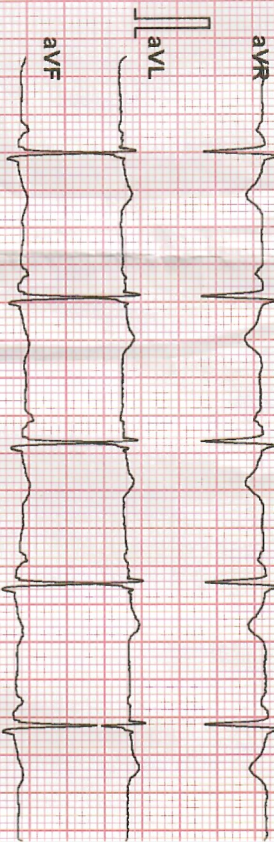
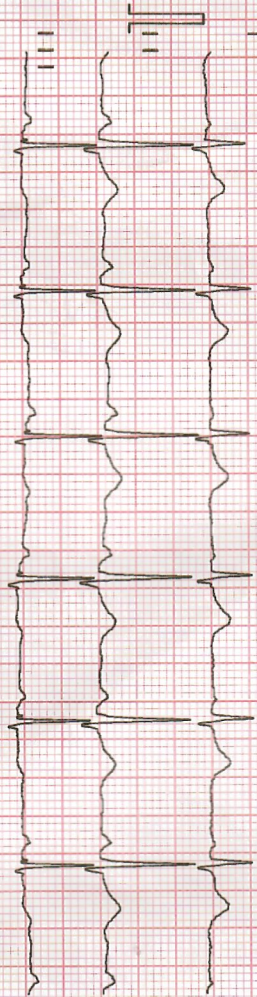
5 - 7 Avenue Carde Imm COTECNA Mezzanino B.P. 1877 DAKAR Tel : +221 33 822 06 02

BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW.4.75.0000
Aut

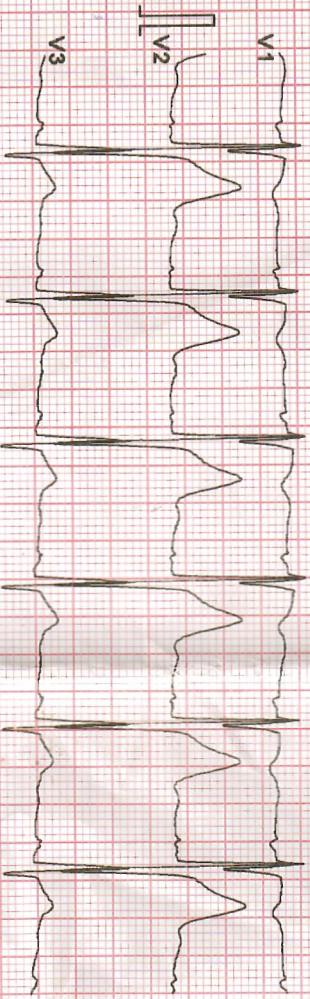
23/10/2023 10:17:20

25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1.5s

HR = 78



HR = 78



CE 0187

HR = 78



CE 0187

[uV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs
I	45	-	-	519	-156	-	-	256	-	46	1369
II	139	-	-	1261	-224	-	-	234	-	25	1290
III	102	-	-55	971	-112	-	-	-	-34	-21	-47
aVR	-	-86	-813	182	-	-	-	-	-246	-36	-1317
aVL	-	-	-	215	-354	-	-	140	-	32	712
aVF	119	-	-	1068	-157	-	-	109	-	3	608
V1	-	-61	-	250	-664	-	-	-	-85	69	-539
V2	-	-	-	1688	-1563	-	-	953	-	368	5679
V3	81	-	-	1264	-428	-	-	285	-	125	1783
V4	86	-	-	1595	-316	-	-	244	-	62	1536
V5	65	-	-	1402	-266	-	-	213	-	40	1166
V6	67	-	-	1239	-224	-	-	193	-	28	1098

SF 80 1/min
 RR 746 ms
 P 82 ms
 QRS 140 ms
 PQ 124 ms
 QT 342 ms
 QTc 395 ms
 axis P 72°
 axis QRS 61°
 axis T 23°

Dr Patrick CORREA
 Médecin Cardiologue
 SN-MED-004
 BLOC HRAVE
 ECG ANORMAL
 RYTHME SINUSAL

ADPphase F

Feyo