

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>	Date d'application : 10/09/2018	Page 1 sur 1

**TYPE DE PERSONNEL** : ..... *Pilote* .....

**CLASSE** : .....

**NOM DE L'EMPLOYEUR** : .....

**ADRESSE** : .....

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <i>DEMOITELLE</i> Prénom : <i>Didier</i> Nationalité : <i>BELGE</i> Né(e) le : <i>27/04/64</i> à : <i>IXELLES BELGIQUE</i> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <i>ANS 20/4/16</i> Adresse : <i>VILLA YA SALAH / NGON ALIADII</i> Téléphone : <i>778261358</i> email : Profession/activité : <i>PROFESSEUR ENTO.</i> Situation de famille :	<b>Activité(s) pratiques</b> <input checked="" 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 : / / 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 »			Répondez aux questions suivantes :		
	OUI	NON		OUI	NON
1		<i>✓</i>	14	Troubles du sommeil	<i>✓</i>
2		<i>✓</i>	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<i>✓</i>
3		<i>✓</i>	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<i>✓</i>
4		<i>✓</i>	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<i>✓</i>
5		<i>✓</i>	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<i>✓</i>
6		<i>✓</i>	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<i>✓</i>
7		<i>✓</i>	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<i>✓</i>
8		<i>✓</i>	21	Consommez-vous de l'alcool ?	<i>✓</i>
9		<i>✓</i>	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<i>✓</i>
10		<i>✓</i>	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	
11	<i>✓</i>	<i>✓</i>	Pour les candidates :		
12		<i>✓</i>	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<i>✓</i>
13		<i>✓</i>	25	Autres	<i>✓</i>

**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 entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

*20/4/2022*

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

*-11- Myopie.*



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 : **DEHOITELLE** Prénoms : **DIDIER** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **27/4/64**  
Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>163</b> cm	(203) Poids <b>79</b> kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique Diastolique Pulsations Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input type="checkbox"/> régulier	(207) Pouls au repos
---	-------------------------------	-----------------------------	--------------------	-----------------------	--	----------------------

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**Patient de 58 ans, Caléharicre, 5 ans TS, Architecte, Bon psychisme, sans pathologie chronique, Port de verre correcteur, pilote = loisir**

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	Glucose	Protéines	Sang	Autres
	t	0	0	0	0

Œil droit sans correction	Corrigée à	<b>10/10</b>
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<b>10/10</b>
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<b>10/10</b>
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non
Œil droit		X
Œil gauche		X
Vison binoculaire		X

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		<b>27/04/2017</b>		
(239) Audiogramme		<b>27/04/2017</b>		
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(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 checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Type : réfraction			Type : Sph		
		Cylindre		Ajouter	

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 10	Nombre d'erreurs 0

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

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Ouille droite	Ouille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Ouille droite						
Ouille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine  
Glycémie: 89 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"/>

(248) commentaires, limitations :

(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 Nom et adresse du médecin agréé

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Apté avec Port de lunettes correctrices*  
Nom : Dr François Charles NDIAYE  
Signature: *[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 type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Cachet et signature