



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 :** PILOTE  
**CLASSE :** A1  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** AIR SENEGAL SA  
**ADRESSE :** Dakar Route des Almadies

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : THIAM Prénom : PAPA OOMAR Nationalité : SENEGALAISE Né(e) le : 09/06/1997 à : SAINT LOUIS Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : AMS 28/04/2022 Adresse : Téléphone : 77 34 53 13 email : papaoomathiam@gmail.com Profession/activité : Etudiant Situation de famille : Célibataire	<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 »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	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 Œil : 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 ?		
25	Autres		

**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

28/04/2022  
PAPA OOMAR

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 : **THIAM** Prénoms : **PAPA OUMAR** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **08/06/1987**  
Lieu de naissance : **SAINT LOUIS**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>171</b> cm	(203) Poids <b>59</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Nonan</b>	(205) Cheveux couleur <b>Nbr</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <b>124</b>	Diastolique <b>81</b>	Pulsations <b>59</b>	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.  
**Diabète de 25ans, Jugueur électrocardiogramme, 3e degré, 3e degré de 3, sport, Pbaeco, Akwal = 0, mobile, bon psychisme, cause accidentelle, en bon état général.**

**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	<b>10</b>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
(238) ECG			<b>23/04/2017</b>	
(239) Audiogramme			<b>28-04-17</b>	<b>0</b>
(240) Examen Ophtalmologique			<b>29-04-17</b>	<b>0</b>
(241) Examen ORL			<b>29-04-17</b>	<b>0</b>
(242) Lipides sanguins			<b>28-04-17</b>	<b>0</b>
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

**EKG. PAB**  
**Re Pannun PA**



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 :		Type :				
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter		
(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>				
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			
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		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
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"/>		
- Glycémie: 108 mg/dl						

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 François Charles NDIAYE**  
Médecin Dakar

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° .....

Libellé :

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :  
Bil. Thrombocytose mineure.  
Consultation cardio - Echos = PAS.

Apté classe 1 → 29-06-2017

(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  
03-05-2012

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

Cachet et signature  
**Patrick CORREA**  
Médecin Aéronautique  
MD/004/ANACS/DTA/08  
DGAC N° 2857 - FKA 00773