

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	<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** : 1  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : Air Sénégal SA  
**ADRESSE** : Route de King Fadh

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

Nom : <u>DIAW</u> Prénom : <u>Echadji</u> Nationalité : <u>sénégalaise</u> Né(e) le : <u>14 / 10 / 1994</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M à : <u>Richard Toll</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>Richard Toll</u> Téléphone : <u>77-381-63-12</u> email : <u>elhadjidiaw476@gmail.com</u> Profession/activité : Situation de famille :	<b>Activité(s) pratiques</b> <input 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 »

	OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<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 ?		
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 entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

29/04/2022

Diaty

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

NOM : **DEAW** Prénoms : **Elhadji** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **16/10/1994**

Lieu de naissance : **a Richard Fell**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>189</b> cm	(203) Poids <b>70</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>113</b> Diastolique <b>88</b>	(207) Pouls au repos <b>94</b> 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	✓		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	✓	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	✓		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	✓	
(210) Nez, sinus	✓		(220) système génito-urinaire	✓	
(211) Oreilles, tympan, complianc tympanique	✓		(221) Système endocrinien, thyroïde	✓	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	✓		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	✓	
(213) Yeux - pupilles	✓		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	✓	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	✓		(224) Examen neurologique- réflexes etc	✓	
(215) Poumons, thorax, seins	✓		(225) Psychiatrie	✓	
(216) Cœur	✓		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	✓	
(217) Système vasculaire	✓		(227) Etat général	✓	

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

*Jeudi 27/06/2017 à 10h30, examen physique de 6 sans altération  
particulière, à bon état général, alcool=0, tabac=0, motif avec  
psychiatrie bon.*

**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/Contac t
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					
<b>(230) Vision intermédiaire</b>		Sans correction		Avec correction			
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non		
Œil droit		✓					
Œil gauche		✓					
Vision binoculaire		✓					

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
⊖	⊖				
Rapport annexés		Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<b>28/06/17</b>	x	
(239) Audiogramme			<b>28-06-17</b>	x	
(240) Examen Ophtalmologique			<b>29-06-17</b>	x	
(241) Examen ORL			<b>29-06-17</b>	x	
(242) Lipides sanguins			<b>28-06-17</b>	x	
(243) Fonctions respiratoires			<b>28-06-17</b>		
(320) Tonométrie G :					
D : mmHg					

**EEG**

0.0      0.0



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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui  Non  Oui  Non

Type : Type :

réfraction	Sph	Cylindre	Axe	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

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)	Colge (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"/>
		1,26

(248) commentaires, limitations : Colge = 1,26. => Colge anorm + HbAc. 5,5%

(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 03-05-2012

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

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : N/A

Nom : Dr François Charles NDIAYE  
Médecin Dakar

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

Apté classe 1 -> 29-04-2013

Cachet et signature