





Assistance Médicale  
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : **Sadiki** Prénoms : **Houssou** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **02/07/1990**  
Lieu de naissance : **Sigote**

(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>182</b> cm	(203) Poids <b>77</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Normaux Noirs</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noirs</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : <b>105</b> Diastolique : <b>78</b>	(207) Pouls au repos Pulsations : <b>69</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	<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, tympan, compli- ance 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

*Patient de 31 ans, Ance de la partie Tunisienne, sans  
antécédents particuliers, Tabac à 10g, Sportif - Recrue  
marine, psychis - e bon, maternel, a bonne santé -*

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		
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		(238)ECG			<b>14/06/2022</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		(239) Audiogramme			<b>14/06/2022</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	



Assistance Médicale  
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

(232) Lunettes

Oui  Non

(233) Lentilles de contact

Oui  Non

Type :

Type :

réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées **30**

Type ISHIIHARA

Nombre d'erreurs **0**

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille droite  
Oreille gauche

Oui  Non   
Oui  Non

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

Biologie	
	<b>Glycémie 82 mg/dl</b>

(248) commentaires, limitations :

*Apte*

*off Shau*

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

*19-06-2013*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

(240) Examen Opthalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins		<b>16 de 2009</b>	<b>X.</b>	
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				

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

Avis : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

**Dr François Charles NDIAYE**  
Médecin  
Dakar

Signature: *[Signature]*

(247 bis) Décision du médecin agréé

**APTE pour le degré :**

**INAPTE pour le degré :**

**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 : *off Shau*

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