

 <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** : ..... PNC .....  
**CLASSE** : ..... 2 .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ..... AIR SENEGAL .....  
**ADRESSE** : ..... SACRE COEUR 3 Villa 9947 .....

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

Nom : <u>DIOP</u> Prénom : <u>AMY DIENG</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Né(e) le : <u>05/07/1999</u> à : <u>DAROU</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>ADS</u> Adresse : <u>Sacre Coeur 3 Villa 9947</u> Téléphone : <u>77671993</u> email : <u>amy.dieng@airsenegal.sn</u> Profession/activité : <u>Hotesse de l'air</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	<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 : 30/05/20 Lieu : Dakar Nom du médecin : Dr Karack  
 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 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Autres	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**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

25-05-2021



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

06-08-



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 : *DIOP*

Prénoms : *AMY DIENG*

Date de naissance  
(JJ/MM/AAAA): *05/07/1989*  
Lieu de naissance : *Bakery*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>174</i> cm	(203) Poids <i>69</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
	Systolique <i>09</i>	Diastolique <i>06</i>	Pulsations <i>64</i>	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	<i>1</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>1</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>1</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>1</i>		(220) système génito-urinaire	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<i>1</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>1</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>1</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>1</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>1</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>1</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>1</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>1</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>1</i>		(225) Psychiatrie	<i>1</i>
(216) Cœur	<i>1</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>1</i>
(217) Système vasculaire	<i>1</i>		(227) Etat général	<i>1</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
*Plu. An. Serruyet SA 39 ans -  
Cecile 0 oculo. Haute = Landelgrea  
T. Colonne = 06  
A. L. = 0  
S. part = 0.*

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			
		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	<i>8</i>	Corrigée à			
Œil gauche sans correction	<i>9</i>	Corrigée à			
Vision binoculaire, sans correction	<i>10</i>	Corrigée à			
(230) Vision intermédiaire					
N14 lu à 100cm					
Œil droit	<i>9</i>				
Œil gauche	<i>9</i>				
Vision binoculaire	<i>2</i>				

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<i>25-01-2017</i>	<i>x</i>	
(239) Audiogramme			<i>07-06-2017</i>	<i>x</i>	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					



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		d			
Œil gauche		d			
Vison binoculaire		d			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :
<i>Apte</i>	
	Signature :
	<i>[Signature]</i>



(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

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

**APTE pour la classe :**  
 **INAPTE pour la classe :**  
 **Remis pour une évaluation complémentaire**  
dans l'affirmative, indiquer :  
Le destinataire :  
Le motif :

(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						

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 :

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

*Glycémie 94 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 checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

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

(248) commentaires, limitations :

*Apte classe 2 -> 31-05-2014*

(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	Cachet et signature
<i>25-05-2019</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	<i>[Signature]</i> <i>[Stamp]</i>

