Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac DSAC

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

(1) Pays de délivrance de licence :

(13) N° référence:

(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☐

(3) Nom : DIAGNE

(4) Nom de naissance : DIAGNE

(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation

(5) Prénom(s) : BINETA

(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 05-12-1980

(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒

(14) Type de licence désirée :

(15) Profession (principale) : HOTESSE DE L'AIR

(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR SENEGAL

(9) Nationalité : SENEGALAISE

(16) Employeur : AIR SENEGAL

(10) Adresse permanente : YOFF OCEAN n°/17
Pays : SENEGAL
N° de téléphone : 775251390
Courriel : bineta.diagne@airsenegal.sn

(11) Adresse postale : (si différente)
Pays :
N° de téléphone :

(17) Dernier examen médical :
Date : 30-05-2022
Lieu :

(19) Conditions, limitations du certificat médical:
Non ☐ Oui ☐ détails :

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance

(21) Nombre total d'heures de vol :

(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :

(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ?
Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :

(25) Type de vol envisagé :

(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?
Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐

(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☐ Oui ☐
Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:

(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités

(29) Consommez vous du tabac ?
Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt :
Oui ☐ type et quantité :

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?
A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒
(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒
(113) Traumatismes crânien ou commotion	☐	☒
(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒
(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒
(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒
(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒
(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒
(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒
(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒
(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒
(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒
(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒
(124) Test VIH positif	☐	☒
(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒
(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒
(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒
(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒
(129) Hospitalisation	☐	☒
(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒
(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒
(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒
(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒
(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒

Antécédents familiaux

	Oui	Non
(170) Affection cardiaque	☐	☒
(171) Hypertension artérielle	☐	☒
(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒
(173) Epilepsie	☐	☒
(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒
(175) Diabète	☐	☒
(176) Tuberculose	☐	☒
(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒
(178) Maladie héréditaire	☐	☒
(179) Glaucome	☐	☒

A remplir uniquement pour les femmes

	Oui	Non
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☒
(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☒

(30) **Remarques :**

(31) Déclaration : Je soussigné(e), 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 autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.. CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES: Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : 21-06-2023

Signature du demandeur : [signature]

Signature du médecin examinateur : Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DSAC N°1857 - FAA 00773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : DIAGNE	Prénoms : BINETA	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 05-12-1980 Lieu de naissance : DAKAR

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique	Diastolique	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm)	Rythme
[ ] Initial [ ] Prorogation [x] Renouvellement [ ] Recours spécial	165 cm	64 kg (+4 kg)	Mar	Marr	107	77	82	[x] régulier [ ] irrégulier

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)	[ ]	[ ]
(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]	[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

PNC Air Sénégal SA, 42 ans Veuve 1 enft.

Plainte = légère lombalgie de posture; palpation masse paravertébrale D^t mobile (Hématome?). (223) → Echog.

Tabac = 0
Alc = 0
ITT = 0.
Sport = 0

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(229) (de loin à (5m/6m en **dixième**) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm	sans correction Oui	Non	avec correction Oui	Non
Œil droit	[x]	[ ]	[ ]	[ ]
Œil gauche	[x]	[ ]	[ ]	[ ]
Vision binoculaire	[x]	[ ]	[ ]	[ ]

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm	sans correction Oui	Non	avec correction Oui	Non
Œil droit	[x]	[ ]	[ ]	[ ]
Œil gauche	[x]	[ ]	[ ]	[ ]
Vision binoculaire	[x]	[ ]	[ ]	[ ]

(232) **Lunettes**		(233) **Lentilles de contact**	
Oui [ ]	Non [x]	Oui [ ]	Non [ ]
Type :		Type :	

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) **Perception des couleurs** Normale [ ] Anormale [ ]

Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 0

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

	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui [x] Non [ ]	Oui [x] Non [ ]

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

(236) **Fonction respiratoire**		(237) **Hémoglobine**
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	11,3 (g/dl)
Normal [ ] Anormal [ ]	Normal [ ] Anormal [ ]	Normal [ ] Anormal [x]

(235) **Analyse d'urine** Normale [x] Anormale [ ]

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	[ ]	21-06-2023	[x]	[ ]
(239) Audiogramme	[ ]		[ ]	[ ]
(240) Examen Ophtalmologique	[ ]		[ ]	[ ]
(241) Examen ORL	[ ]		[ ]	[ ]
(242) Lipides sanguins	[ ]		[ ]	[ ]
(243) Fonction respiratoire	[ ]		[ ]	[ ]
(320) Tonométrie G : D : mmHg	[ ]		[ ]	[ ]
(244) Divers(Sujet?):	[ ]		[ ]	[ ]

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

Avis :	Nom Signature :
Apte.	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

[x] **APTE pour la classe:**
[ ] **certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) 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	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
	[ ]	[ ]	[ ]	[x]

(248) **Commentaires, limitations :** (223) Echog. + surveillance.
(237) = Fe à demande + surveillance.

Apte → 21-06-2024

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : et lieu:	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Fax: Telephone: E-mail:	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME:
21-06-2023	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE (C.A.A. France)

UNION EUROPÉENNE

RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE
CABIN CREW MEDICAL REPORT

Nom et prénom du détenteur / Last and first name of holder

DIAGNE Bineta

Date et lieu de naissance / Date and place of birth :

05/12/1980 à DAKAR.

Nationalité / Nationality : ~~Fr~~ SENEGALAISE

Evaluation médicale / Medical assessment : **APTE / FIT** ☒ **INAPTE / UNFIT** ☐

Restriction(s) / Limitation(s) :

/

Date de fin de validité du précédent certificat:
Expiry date of the previous assessment

30 ~~MAI~~ 2023

Date de l'examen médical / Date of the aero-medical assessment:

21 JUIN 2023

Date de fin de validité / validity expiry date :

21 JUIN 2024

Signature du titulaire / Signature of applicant/holder :

Date de délivrance et signature du médecin responsable
Date of issue and signature of issuing medical officer

Le

21 JUIN 2023

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

Pays de délivrance / State of issue : **FRANCE**

dgac

UNION EUROPÉENNE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE (C.A.A. France)

RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE
CABIN CREW MEDICAL REPORT

Nom et prénom du détenteur / Last and first name of holder

Binela Diagne

Date et lieu de naissance / Date and place of birth :

05-12-1980 à Dakar

Nationalité / Nationality :

Sénégalaise

Evaluation médicale / Medical assessment : **APTE / FIT** ☑ **INAPTE / UNFIT** ☐

Restriction(s) / Limitation(s) :

/

Date de fin de validité du précédent certificat:
Expiry date of the previous assessment

/

Date de l'examen médical / Date of the aero-medical assessment:

30-05-2022

Date de fin de validité / validity expiry date :

30-05-2023

Signature du titulaire / Signature of applicant/holder :

Date de délivrance et signature du médecin responsable
Date of issue and signature of issuing medical officer

Le

30-05-2022

Dr Patrick CORREA
Medecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773

Pays de délivrance / State of issue : **FRANCE**