

 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

TYPE DE PERSONNEL : PNC

CLASSE :

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL

ADRESSE : OUAKAM CITE ARECNA 3

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>KANE</u> Prénom : <u>OUYI</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Né(e) le : <u>25/12/1991</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ATS 20/09/2022</u> Adresse : <u>OUAKAM CITE ARECNA 3</u> Téléphone : <u>77-627-51-29</u> email : <u>OUYI.KANE@AIRSENEGAL.SN</u> Profession/activité : <u>PNC</u> Situation de famille : <u>CELIBATAIRE</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : 28/09/20 Lieu :

Nom du médecin : EL HADJI MALICK NIANG

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	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
2	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		
3	Taux de cholestérol élevé		
4	Maladie respiratoire		
5	Maladies de l'estomac		
6	Maladies du foie		
7	Diabète		
8	Maladies rénales		
9	Maladies articulaires et du dos		
10	Maladie thyroïdienne		
11	Tumeur ou maladie cancéreuse		
12	Œil : choc, maladies, troubles visuels		
13	Vertiges, pertes de connaissance		
14	Migraines		

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

20/09/22

[Signature]

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 : <u>KANE</u>		Prénoms : <u>OMMY</u>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <u>25/12/1991</u>		Lieu de naissance : <u>DAKAR</u>	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille : <u>175</u> cm	(203) Poids : <u>71</u> kg	(204) Yeux couleur : <u>Noir</u>	(205) Cheveux couleur : <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique : <u>110</u>	Diastolique : <u>71</u>	Pulsations : <u>82</u>
							Rythme : ☐ irrégulier ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item		normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu		<u>2</u>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<u>2</u>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents		<u>2</u>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus		<u>2</u>		(220) système génito-urinaire	<u>2</u>	
(211) Oreilles, tympons, compliance tympanique		<u>2</u>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<u>2</u>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels		<u>2</u>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<u>2</u>	
(213) Yeux - pupilles		<u>2</u>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<u>2</u>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus		<u>2</u>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<u>2</u>	
(215) Poumons, thorax, seins		<u>2</u>		(225) Psychiatrie	<u>2</u>	
(216) Cœur		<u>2</u>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<u>2</u>	
(217) Système vasculaire		<u>2</u>		(227) Etat général	<u>2</u>	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
FOUC. A. n. Sengal. SA. 30 ans - Separi 100%

Talcaes
A. n. Sengal
Spécialiste
MD

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
	Corrigée à		
Œil droit sans correction	<u>10</u>		
Œil gauche sans correction	<u>10</u>		
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>		

(230) Vision intermédiaire

	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<u>2</u>			
Œil gauche	<u>2</u>			
Vision binoculaire	<u>2</u>			

(235) Analyse d'urine

Normale ☒ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>		

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<u>20-09-2012</u>	<u>2</u>	
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique		<u>20-09-2012</u>	<u>2</u>	
(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	☒			
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 20	Nombre d'erreurs 0

(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 ☒ Non ☐ Oui ☒ 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)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	97 mg/dl

(248) commentaires, limitations :

Apte classe 2 → 30-09-2014

(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

20-09-2012

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

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

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 :

Signature :

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

(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
☐

Classe 2
☒

Classe 3
☐