

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **NDIAYE** Prénoms : **AWA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **17/03/1989**
Lieu de naissance : **à Djilor**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 165 cm	(203) Poids 54 kg	(204) Yeux couleur Verte	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 120 Diastolique : 82	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) : 90 Rythme : <input checked="" type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---	--

Examen clinique : Cochez chaque item

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
**PNC Air Sénégal (Janv. 2022), titulaire de RTH (2024), formation FASA pour 32 ans Noix, Safinb. Tolace = 0, Atacou = 0, Spet = 0
 Suivi cardiaque pour hyperexcitabilité cardiaque - III Sotalol 80 mg/j
 Histoire d'allergie ORL.**

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

Œil droit sans correction	Corrigée à	Lunettes/Contact
Œil gauche sans correction	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire**
N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) **de près**
N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) **Lunettes** Oui Non
Type : **S**

(233) **Lentilles de contact** Oui Non
Type : _____

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale
Type I S H I H A R A

Tables pseudo-isochromatiques : **20** Nombre d'erreurs : **0**

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

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreille droite	Oreille gauche
		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						

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	(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"/>

(248) **Commentaires, limitations :**
**ADL, CR cardio 28-09-2022 : Holter ECG + Echog fait bonne évolution sous sotalol
 Apte. classe PNE -> 08-09-2023 (1772 1 cm)**

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

Je soussigné 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 : **28-09-2022** et lieu : _____

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA, 3, Av. des Ambassades, DAKAR SENEGAL**

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Patrick CORREA, Médecin Aérospatial, MD/004/ANACS/SPITA/08, DGAP N°3857 - FAA-06773**

Numéro d'AME : _____



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

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

Awa Ndiaye

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

17/03/1989

à Djilor

Nationalité / Nationality :

SENEGALAISE

Evaluation médicale / Medical assessment :

APTE / FIT

INAPTE / UNFIT

Restriction(s) / Limitation(s) :

VOL

TML 1an

Date de fin de validité du précédent certificat:

Expiry date of the previous assessment

31/08/2022

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

08/09/2022

Date de fin de validité / validity expiry date :

08/09/2023

Signature du titulaire / Signature of applicant/holder :

[Signature]

Date de délivrance et signature du médecin responsable

Date of issue and signature of issuing medical officer

Le 28/09/2022

[Signature]

Dr Patrick CORREA
Medecine Aeronautique
MD/004/ANACS/OTA/DR
DGAC N°3857 - FAA-G0773

Pays de délivrance / State of issue : FRANCE