

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:	
(3) Nom : NDIAYE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : AWA		(4) Nom de naissance	
(8) Lieu et pays de naissance : Dakar / Senegal		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒	
(10) Adresse permanente : 01 rte Impérial Domaines Pacte Boie Senegal		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 17/03/89	
(11) Adresse postale : (si différente)		(14) Type de licence désirée :	
(17) Dernier examen médical : Date : 08/09/2022 Lieu :		(15) Profession (principale) : PNC	
(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☒ détails : VSC 1an		(16) Employeur : AIR SENEGAL	
(21) Nombre total d'heures de vol :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(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 :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☐ consommation journalière unités		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☐ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	
(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	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
☐	☒	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☒	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☒	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐			

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) : 17/03/89		Lieu de naissance : Djibon	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 165 cm	(203) Poids 55 kg	(204) Yeux couleur bleu	(205) Cheveux couleur bleu	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 98 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier	

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
PME. Awa Sengal. 34 ans. Mariée / 1 enfant.
Souffrant d'Hyperexcitabilité (ESU). III = flecainide contrôlée à 100 = PAS
Tolbac = A.C. = 0. Spont = 3/1 sec. Hall = flecainide.

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

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

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

sans correction		avec correction	
Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☐	☒	☐
Ceil gauche	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☒	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

sans correction		avec correction	
Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☐	☒	☐
Ceil gauche	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☒	☐

(232) **Lunettes** Type : ☒ Oui ☐ Non

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

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Ceil droit				
Ceil gauche				

(313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**

Nombre de tables présentées **10** Nombre d'erreurs **0**

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

Oreille droite		Oreille gauche	
Oui	Non	Oui	Non
Tests 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**

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐

(237) **Hémoglobine**

Normal ☒	Anormal ☐
--	----------------------------------

(235) **Analyse d'urine** Normale ☐ Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	14-09-2024	☒	☐
(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 : **Appli.**

Signature : **Dr Patrick CORREA**
 Médicine Aérospatiale
SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

☒ **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 ☒
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

(248) **Commentaires, limitations :**

UD2.
Sans flecainide après 24h de traitement TTR 1 an.
Anyongtq ECG PAS
Appli classe PME → 14-09-2024

(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 : **14-09-2024**

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 : **Dr Patrick CORREA**
 Médicine Aérospatiale
SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

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 Mdiaye

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

17-03-1989

à Djibouti

Nationalité / Nationality :

Senegalaise

Evaluation médicale / Medical assessment :

APTE / FIT



INAPTE / UNFIT



Restriction(s) / Limitation(s) :

VOL TML 1 an

Date de fin de validité du précédent certificat:

Expiry date of the previous assessment

08-09-2023

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

14-09-2023

Date de fin de validité / validity expiry date :

14-09-2024

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 15-09-2024

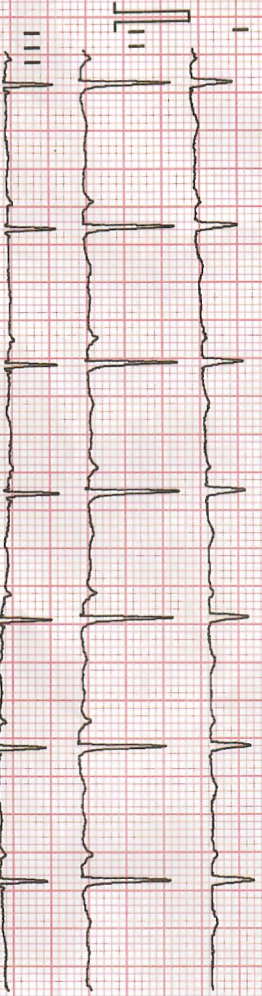
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

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

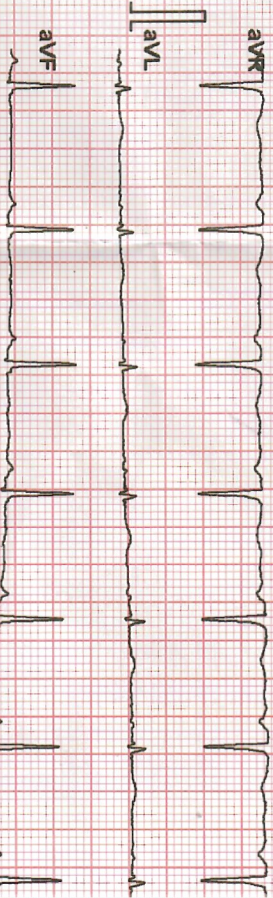
BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW4.75.0000
Aut

14/09/2023 08:50:10

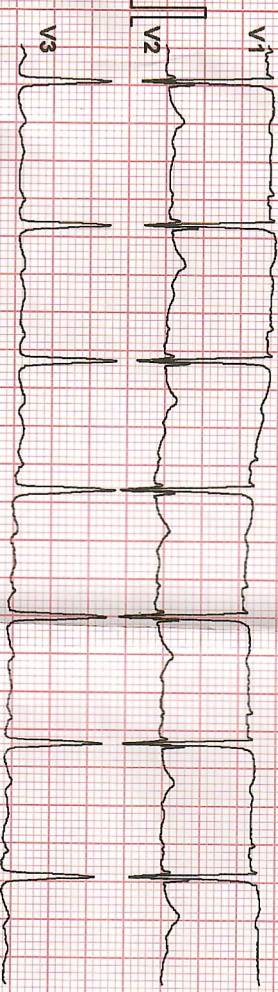
25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1.5s



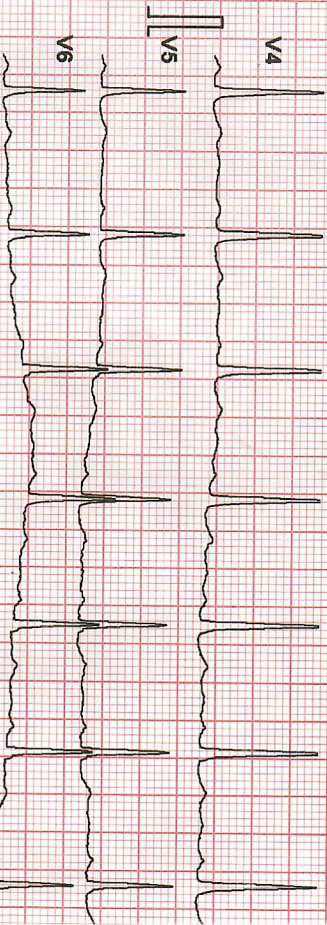
HR = 86



HR = 86



HR = 86



S	R	S	T+	T-	ST	STs	SF	
						[uV/s]	RR	84 1/min
			76	-	-3	103	P	714 ms
			76	-	12	208	QRS	86 ms
46	31	-	13	-12	6	47	PQ	88 ms
		-	-76	-	-6	-160	QT	144 ms
		-	41	-	-6	31	QTc	328 ms
		-	37	-	13	123	axis P	388 ms
81		-	65	-	38	222	axis QRS	58°
45	314	-	209	-	27			50°
		-	85	-	15			
		-	94	-	18			
		-	78	-	1			
		-	63	-	-2			

Dr PATRICK CORREA
 24 Medecine Aeronautique
 62 SN-MED-004
 BGAC N°3857
 AA-00773

BLOC DE BRANCHE DROIT INCOMPLET
 ECG NORMAL
 RYTHME SINUSAL

RAS

AWA
 M. Dias