

 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	Page 1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL : pilote
 CLASSE : 1
 NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
 ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>THIOR</u> Prénom : <u>ELHADJI</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Né(e) le : <u>17/09/1968</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 24/10/2023</u> Adresse : <u>C79 palte el ore</u> Téléphone : <u>785967327</u> email : <u>elhadjithior@hotmail.com</u> Profession/activité : <u>PHARE</u> Situation de famille : <u>MARIE</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 : 15/04/2023 Lieu :

Nom du médecin : DR PATRICK CORREA

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		☒
2	Taux de cholestérol élevé		☒
3	Maladie respiratoire		☒
4	Maladies de l'estomac		☒
5	Maladies du foie		☒
6	Diabète		☒
7	Maladies rénales		☒
8	Maladies articulaires et du dos		☒
9	Maladie thyroïdienne		☒
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12	Vertiges, pertes de connaissance		☒
13	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 ?		☒
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
25	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

24/10/2023


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 : THIOR	Prénoms : ELHADJI	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 17/09/1968	Lieu de naissance : ZAKAR
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur Bleu
			(205) Cheveux couleur Bleu
			(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 150 Diastolique 09 - Pulsations 70 Rythme ☐ Irrégulier ☒ Régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	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

CDJ Aïn Saïgual SA H380. Ann 2. 17/09/68. Tabac = 0. Alcool = 0. Autisme = 0. 130/70.

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

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

(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		Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui
Œil droit				✓
Œil gauche				✓
Vision binoculaire				✓

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
✓	✓	✓			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			24-10-2013	✓	
(239) Audiogramme					
(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

N5 lu à 30 - 50cm

Sans correction
Avec correction
Oui Non Oui Non

Oeil droit

Oeil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui ☒ Non ☐

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui ☐ Non ☐

Type :

(313) Perception des couleurs

Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs

(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
%

Normal ☐ Anormal ☐

Peak Flow
(l/min)

Normal ☐ Anormal ☐

(g/dl)

Normal ☐ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

Part caractéristique de l'exam

Apté dans + -> 30-04-2023

(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

Nom et adresse du médecin agréé
3, Av. des Ambassadeurs
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°2850 - 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 Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°2850 - 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

☒

☐

☐

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☒	CLASSE 2 ☐	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur :

PATRICK CORREA

Titulaire de l'agrément n :

SN - MED - 004

Certifie que M :

ELHADJI THIOR

Né(e) le : **17/09/1968**

à DAKAR Age : **... 55 ANS**

Demeurant :

...C 79 PATTE D'OIE

REPOND..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **24/10/23**

Limite de validité : **30/04/24**

Durée de validité : **6 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857-147-00773

Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.

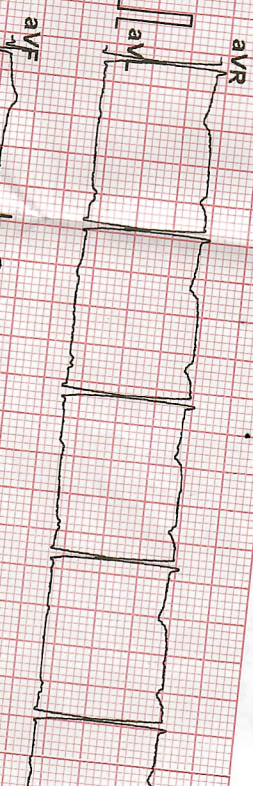
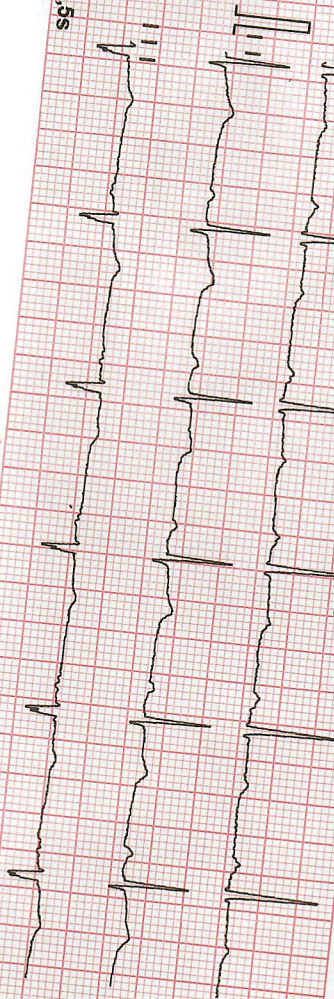
BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW:4.75.0000
Aut

2M/10/2023 08:46:20

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

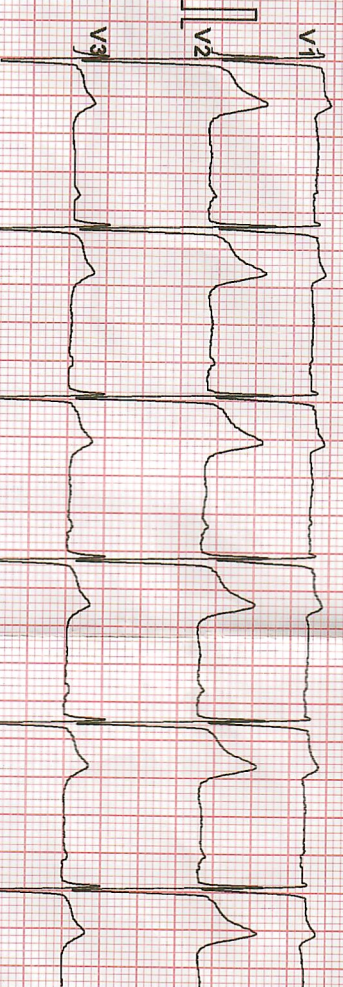
CE 0087

HR = 68

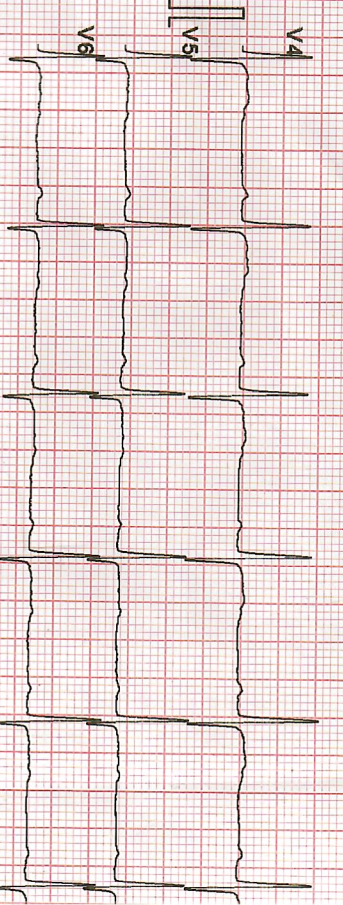


CE 0087

HR = 68



HR = 68



[uV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs
I	90	-	-78	1203	-	-	-	79	-	28	164
II	84	-	-	882	-177	-	-	156	-	42	211
III	-	-	-	77	-423	-	-	100	-	14	28
aVR	47	-82	-1029	101	-	-	-	-	-114	-32	-176
aVL	-	-	-85	793	-	-	-	1	-29	5	88
aVF	-	-	-	41	-48	208	-208	124	-	26	123
V1	-	-	-	93	-1288	-	-	177	-	28	193
V2	80	-	-	913	-1700	-	-	759	-	163	1733
V3	65	-	-	520	-1105	-	-	313	-	61	846
V4	59	-	-	917	-679	-	-	94	-	43	386
V5	51	-	-	927	-399	-	-	40	-	10	276
V6	52	-	-	932	-394	-	-	50	-	4	381

SF	67 1/min
RR	890 ms
P	102 ms
QRS	104 ms
PQ	168 ms
QT	360 ms
QTc	381 ms
axis P	20°
axis QRS	0°
axis T	60°

Dr Patrick CORREA
 Médecin Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773
 ECG DANS DES LIMITES NORMALES
 RYTHME SINUSAL

EL Hady
 P. Riaz
 24-10-23