

 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> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>17/09/1968</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 22/10/2024</u> Adresse : <u>799 patte d'aie Dakar</u> Téléphone : <u>78-596 7327</u> email : <u>elhadjithior@hotmail.com</u> Profession/activité : <u>pilote</u> Situation de famille : <u>MARIE</u>	Activité(s) pratiques <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> 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 : 30/04/2024 Lieu : Nom du médecin : DR PATRICK CORREA

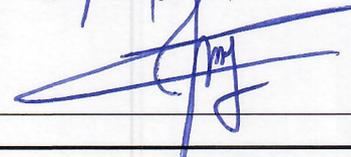
Vous avez été déclaré : Apte Inapte

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 »			Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON	14	Troubles du sommeil	<input checked="" type="checkbox"/>
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>	21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>	25	Autres	
13	Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>			

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 entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique
22/10/2024


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): **17/03/1968**
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 89 kg	(204) Yeux couleur Bleu	(205) Cheveux couleur Blanc	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 154 Diastolique 97	(207) Pouls au repos Pulsations 78 Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---	--

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
CDIS. Air Sénégal. A330 Chef pilote. Louis Sereff. 906 - Snuelle ATA. MD. 56 ans

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

(235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

	Lunettes/Contact	
	t	
Œil droit sans correction	Corrigée à	10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire			<input checked="" type="checkbox"/>	

(238) ECG		22-10-2017	α.	
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

Talca: vteq=c
10/10
Snuelle



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				<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>	
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

D: mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :
<i>Apte</i>	
Signature <i>Patrick CORREA</i>	



(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

APTE pour la classe :
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

(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'examinateur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Le destinataire :
Le motif :

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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.

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Décision n° Du

VEMS/CV %	Peack 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"/>

19,5
20,97

Libellé :	Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations : -
Pour l'examen épique *Apte dans 1 -> 31-04-2025*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé
 Je soussigne 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	Cachet et signature
<i>22-10-2024</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	<i>Patrick CORREA</i> Médecine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

 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 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **EL HADJI THIOR.....**

Né(e) le : **17/09/1968** à DAKAR Age : **... 56 ANS.....**

Demeurant : **...C79 PATTE D'OIES.....**

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.

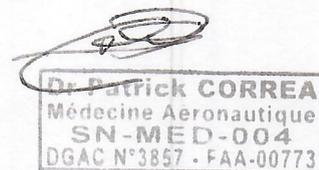
Date de l'examen : **22/10/24**

Limite de validité : **30/04/25** Durée de validité : **6 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : **.....**

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



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.