

 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 : Hotesse de l'air
CLASSE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : TRANSALP
ADRESSE : Roule de l'aéroport

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIA</u> Prénom : <u>Bineta Sylla</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>15 07 / 76</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>Fann Residence</u> Téléphone : <u>77 651 62 68</u> email : <u>bdiawso@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Hotesse, - Responsable formation</u> Situation de famille : <u>Divorcée</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 : 12 / 2021 Lieu : Point E Nom du médecin : DR 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 »

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

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Autres	<input type="checkbox"/>	<input 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 testes en vigueur.

Toutes fausses déclarations 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

31/05/2022


Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

Diabète = Diab.
Diabète mal traité.
Fibrose



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 : DIA Prénoms : Brotta Sylvia Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 05/10/71
 Lieu de naissance : Dakar

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>176</u> cm	(203) Poids <u>85</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Neux Neux</u>	(205) Cheveux couleur <u>Neux</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>110</u> Diastolique <u>80</u>	(207) Pouls au repos Pulsations <u>82</u> 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
PNC. nausée en cours. barométrique 80⁺; précédent PNC (2009/2017) 45 ans. Durée (9 ans). Ascend. Imah. L. radece = 0 Ale = 0 III = } Fludexip

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<u>31-05 2012</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			<u>31-05 2012</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophtalmologique			<u>31-05 2012</u>		<input checked="" type="checkbox"/>
(241) Examen ORL			<u>31-05 2012</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(242) Lipides sanguins			<u>31-05 2012</u>		<input checked="" type="checkbox"/>
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					

Dr Patrick CORREA
 Médecin Aéronautique
 MOUQUANACSI0108
 DGAC N° 382 - FAA-0073

ANACIM
 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie

5 JUN 2017

(231) de près	Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques
 Nombre de tables présentées **20** Type ISHIHARA **0**
 Nombre d'erreurs

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

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
	Non <input 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 %	Peack Flow (l/min)	Glycémie: 1.1 g/ml (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	11.1 Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations:
 Perf. Vision Cascadain
 CR. ophtalme - RAQ.

CT = 2,8g/l à annuler

Apte classe 2 → 31-11-2012

(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
22 JUIN 2022

Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature



D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : **Imapte ophtalme**

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
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>