

 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 : PNC
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
ADRESSE : New Massar ATOA U.17

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : DJIHARA Prénom : MARIAME Nationalité : SENEGALAISE Né(e) le : 06/02/97 Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M à : K. KOUNGHANY Lieu et date de l'examen médical : Adresse : New Massar ATOA U.17 Téléphone : 78 120 6192 email : mariame.djimexa6@gmail.com Profession/activité : Situation de famille : CEDIBATAIRE	Activité(s) pratiques <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : BCC (AOL) 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 : 25/11/2020 Lieu : URGENCE et SOLUTION MEDICAL Nom du médecin : Dr HIAHIG

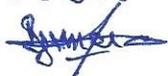
Vous avez été déclaré : Apte Inapte

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

Date et signature du personnel aéronautique

09.06.2022


Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

06.09 cycle AAS



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 : **YIMERA** Prénoms : **MARIAME** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **06.02.97**
Lieu de naissance : **Koungheury**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 1,63 cm	(203) Poids 50 kg	(204) Yeux couleur Nain	(205) Cheveux couleur Nain	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 110 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations 62 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, tympan, 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
Recueil Air Service SA - Bureau Aero - 25 ans.
Celex œuff ..
Tobac = 0
Alc = 0
Pill = 0

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	8	Corrigée à			
Œil gauche sans correction	8	Corrigée à			
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à			
(230) Vision intermédiaire					
N14 lu à 100cm					
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			09-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			09-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophtalmologique			09-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	
(241) Examen ORL			09-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	
(242) Lipides sanguins			09-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					

STATION COURTES
 10 JUN 2017 10 10
 10 JUN 2017 10 10



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		0			
Œil gauche		0			
Vison binoculaire		0			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input 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	0	Type ISHIHARA	0
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs	

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

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	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 %	Peack Flow (l/min)	9,8 (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 :

Apt cloner -> 09-06-2024

(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

10 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 :	Nom :
<i>Apté</i>	
Signature	<i>Patrick CORREA</i>

(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"/>