



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** : Ngaz

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <b>TOURE</b> Prénom : <b>Christine</b> Nationalité : <b>Guinéenne</b> Né(e) le : <b>28/03/1991</b> à : <b>Kissidoug, Guinée</b> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <b>AMS - 09-06-22</b> Adresse : <b>Boufangerie Ouest-Faire</b> Téléphone : <b>28-5408892</b> email : <b>christinetoures@gmail.com</b> Profession/activité : Situation de famille : <b>Coelibataire</b>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input 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) <b>IFPNC - Coeur</b> Aérodrome : <b>Stage - Air France -</b> 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 : **25/11/20** Lieu : **Urgence et** Nom du médecin : **Docteur Niang**  
**Sélection Médicale**

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		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>

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

**09/06/22**

*[Signature]*

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

**15 - Essai Approuvé - PAS**      **06-08 cycle PAS**



NOM : **TOURE** Prénoms : **Christine** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **28/03/91** Lieu de naissance : **Kissidoug. Guinée**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>169</b> cm	(203) Poids <b>61</b> kg	(204) Yeux couleur <b>bleu</b>	(205) Cheveux couleur <b>brun</b>	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos	
					mmHg		Rythme	
					Systolique <b>110</b>	Diastolique <b>60</b>	Pulsations <b>80</b>	<input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**Recurrent - An. Seregal SA - 31 ans. malade @**  
**Celc - o. euf.**  
**T. cell. = 0**  
**Ad. = 0**  
**Sp. = 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		
Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<b>W</b>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<b>W</b>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<b>q</b>			
Œil gauche	<b>q</b>			
Vision binoculaire	<b>q</b>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<b>09-06-22</b>	<b>q</b>	
(239) Audiogramme			<b>09-06-2017</b>	<b>q</b>	
(240) Examen Ophtalmologique			<b>05-06-2017</b>	<b>q</b>	
(241) Examen ORL			<b>05-06-2017</b>	<b>q</b>	
(242) Lipides sanguins			<b>09-06-2017</b>	<b>q</b>	
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					

Dr Patrick KORRE  
 2. Av. des Ambassadeurs  
 DAKAR SENEGAL  
 10 JUN 2017



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 type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		
Type :		Type :				
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter		
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>		
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA				
Nombre de tables présentées <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/>				
(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 <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		Peak Flow		(g/dl)		
%		(l/min)				
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	
				13.4		
(248) commentaires, limitations : <i>Apte classe 2 -&gt; 09-06-2024</i>						
(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		Non l'adresse du médecin agréé		Cachet et signature		
10 JUN 2022		3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL		 		

D: mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Apte*

Nom :

Signature : *Patrick CORREA*

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

APTÉ 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"/>