



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 :

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : Ndiaye
Prénom : Katy Abdoulaye
Nationalité : Senegalaise
Né(e) le : 05/04/89 à : Saxae Sexe : F M
Lieu et date de l'examen médical : 09/06/22
Adresse : ADR5 Keur Massar 05 Villa n°389
Téléphone : 77059934 email : Katynjie190119@gmail.com
Profession/activité : PNC
Situation de famille : Célibataire

Activité(s) pratiques
 Avion Planeur
 Hélicoptère Ballon
 Autres précisez :
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)
Aérodrome : PNE-PAN (Guelh-2001)
Chargé clientèle.
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 : 31/03/21 Lieu : Rabat Nom du médecin : Houda Fehchochael
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		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines		<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 :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		<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 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

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : (3) = Allergie à RL 3rd Air Traffic
(9) = Thyroïdite chronique
Nom = Abdoulaye



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 : *Ndiaye*

Prénoms : *Katy Abobakay*

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *05/04/1989*

Lieu de naissance : *Dakar*

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>1,64</i> cm	(203) Poids <i>58</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Vert</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>100</i>	Diastolique <i>70</i>		
							Pulsations <i>90</i>	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	<i>d</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>d</i>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>q</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	<i>a</i>		(220) système génito-urinaire	<i>d</i>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<i>q</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>e</i>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>q</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>d</i>	
(213) Yeux - pupilles	<i>q</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>q</i>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>q</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>q</i>	
(215) Poumons, thorax, seins	<i>q</i>		(225) Psychiatrie	<i>q</i>	
(216) Cœur	<i>d</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>q</i>	
(217) Système vasculaire	<i>q</i>		(227) Etat général	<i>d</i>	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Recrut - Air Sénégal SA - Admet + 33 ans - Celob. oeufts

*Touche 50
Avec 50
III = 1000 1000 1000*

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

	Sans correction		Avec correction		Lunettes/Contact
	Oui	Non	Oui	Non	
Œil droit sans correction			<i>d</i>		<i>No</i>
Œil gauche sans correction			<i>d</i>		<i>No</i>
Vision binoculaire, sans correction			<i>d</i>		<i>No</i>

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<i>d</i>	
Œil gauche			<i>q</i>	
Vison binoculaire			<i>d</i>	

(235) Analyse d'urine Normale anormale

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<i>09-06-2017</i>	<i>q</i>	
(239) Audiogramme		<i>09-06-2017</i>	<i>d</i>	
(240) Examen Ophtalmologique		<i>09-06-2017</i>	<i>d</i>	
(241) Examen ORL		<i>09-06-2017</i>	<i>d</i>	
(242) Lipides sanguins		<i>09-06-2017</i>	<i>q</i>	
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				



10/06/2017



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
N5 lu à 30 - 50cm

Sans correction		Avec correction	
Oui	Non	Oui	Non

Œil droit
Œil gauche
Vison binoculaire

(232) Lunettes
Oui Non

(233) Lentilles de contact
Oui Non

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 : *Apte*

Nom : *Dr Patrick CORREA*

Signature : *Patrick CORREA*

*Dr Patrick CORREA
Médecin Aérospatial
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA-00773*

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques
Nombre de tables présentées *0*

Type ISHIHARA
Nombre d'erreurs *0*

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

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Hb (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"/>
		<i>12</i>

(248) commentaires, limitations :
*Physiologie en 2018 -> Bilan TSH = 18,447 ; régulateur III - RV 20mm
Apte T12 3 mois classe 2 -> 21-09-2022*

(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

05 JUL. 2022

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

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecin Aérospatial
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA-00773