



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)  
 POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **NIANG** Prénoms : **THIABOU** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **09/Dec/1988**  
 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 <b>165</b> cm	(203) Poids <b>66</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>110</b> Diastolique <b>80</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>85</b> Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	--

**Examen clinique : Cochez chaque item**

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**Recrutement Air Sénégal SA. PNC Ethiopian Airlines.  
 33ans Célibataire. Noter d'un dain période de claustrage.  
 Ce jour RAS - matricee.**

**Tabcou = 0  
 Hla = 0  
 Hiv = 0  
 Spaf = march**

**Acuité visuelle** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)  
 (229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	<b>09</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) **Lunettes** Oui  Non   
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) **Lentilles de contact** Oui  Non   
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale   
 Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**  
 Nombre de tables présentées **40** Nombre d'erreurs **0**

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

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	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** VEMS/CV % Peak Flow (l/min)

Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

(237) **Hémoglobine** **10,2** (g/dl)  
 Normal  Anormal

(248) **Commentaires, limitations :** **CT = 2,6h, LDL = 169. TG = 2,6h à surveiller. (L).  
 Apte PNC → 01-06-2019**

(235) **Analyse d'urine** Normale  Anormale   
 Glucose  Protéines  Sang  Autres

**Rapports annexés**

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<b>10-06-2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<b>10-06-2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	<b>21-06-2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	<b>01-06-2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	<b>10-06-2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avais : **Apte**

Nom : **Dr Patrick CORREA**  
 Signature : **MD/004/ANACS/DTA/08**  
 DGAC N° 3857

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

**APTE pour la classe :**  
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) 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 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**  
 Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : **21 JUN 2022**

et lieu : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**  
 Fax :  
 E-mail :  
 Telephone :

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**  
 Médecine Aeronautique  
 MD/004/ANACS/DTA/08  
 DGAC N° 3857

Numéro d'AME :  
 Réf Rapport examen Médical 03.09.2019