

 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 :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIENE</u> Prénom : <u>MATIE WARE</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Né(e) le : <u>22/07/1992</u> à : Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> <u>10/06/2022</u> Adresse : <u>Fann Residence</u> <u>Yoff Ibenguene</u> Téléphone : <u>77-737-41-80</u> Email : <u>warehassim34@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PNC</u> Situation de famille : <u>Marié</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 : <u>2014-2021 RAN.</u> Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) <u>Téléconseil</u> Aérodrôme : Activités aériennes antérieures : <u>PNC</u> Heures de vol :
---	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : 30/04/2020 Lieu : Marrakech Nom du médecin : AZOUKH

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"/>	<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"/>	<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 testés en vigueur.

Date et signature du personnel aéronautique

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

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

Dr. Diaboli - Oncle
36-8-P et Cercueil - cy de RAS.



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 : **DIENE**

Prénoms : **TIATE WARE**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **22/07/1992**

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 176 cm	(203) Poids 71 kg	(204) Yeux couleur Nai	(205) Cheveux couleur Nai	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos	
					Systolique 110	Diastolique 70		
					Pulsations 78	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"/>	

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

Recrutement Air Sénégal ; RAN. (2014-2021). 30ans.

**Tolérance = 0
Ald = 0
1,11 = 0
Spuit = 8 x 10⁶**

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		Lunettes/Contact	
	Sans correction	Avec correction	Oui	Non
Œil droit sans correction	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10	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		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal / Anor mal
(238) ECG			10-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>
(239) Audiogramme			10-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique			10-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>
(241) Examen ORL			10-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins			10-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>
(243) Fonctions respiratoires			10-06-2017	<input checked="" type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G :				



2017 JUN 10 10:58



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

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui

Non

Type :

(233) Lentilles de contact

Oui

Non

Type :

réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

18

Type ISHIIHARA

Nombre d'erreurs

0

(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

Oui

Non

Non

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

VEMS/CV

%

Normal Anormal

Peak Flow (l/min)

Normal Anormal

Hb *10,3* (g/dl)

Normal Anormal

(248) commentaires, limitations :

Resultat = glse = 2,12 g/l Hb 10,3, 14% CR diabète = DM2 type 2 avec monoglycémie III - Wildoglyptine + Metf Bitam à R de pun suu H-3 Andri.

(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

28 JUIN 2022

Dr Patrick CORREA
 3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL

Cachet

Dr Patrick CORREA
 Médecine Aéronautique
 MD/004/ANACS/DJA/08
 DGAC N°3857 - FAA-00773

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 :

*Belandier
 H. P. G. M.*

Dr Patrick CORREA
 Médecine Aéronautique
 MD/004/ANACS/DJA/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 : *Diabétologue / Endocrin*

Le motif : *DM2. Bitam. + pun + CR.*

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"/>

Apte classe 2 (Saman) -> 10-09-2022