



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** : Pilote  
**CLASSE** : 1  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : CLASS AVIATION MALI  
**ADRESSE** : Bamako Mali

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <u>KAMARA</u> Prénom : <u>FRANCOIS Louis</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>17/12/57</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 23/04/2019</u> Adresse : <u>AMS - Cas 2000 CITE BERGM 20</u> Téléphone : <u>775966470</u> email : <u>kalouma03@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>Pilote</u> Situation de famille : <u>Marie</u>	<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) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>6710 heures</u>
---	--

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

Si OUI : Date : 23/04/2019 Lieu : AMS Nom du médecin : CORREA

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 ?	
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 textes 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  
25/10/2019

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

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	<b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b>	Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : *KAMARA* Prénoms : *François Louis* Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *17/12/57*  
Lieu de naissance : *Dakar*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>177</i> cm	(203) Poids <i>87</i> kg	(204) Yeux couleur <i>N</i>	(205) Cheveux couleur <i>N</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos
	Systolique <i>135</i>	Diastolique <i>70</i>	Pulsations <i>70</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	X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	/
(209) Cavité bucale, gorge, dents	X		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	/
(210) Nez, sinus	/		(220) système génito-urinaire	/
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	/		(221) Système endocrinien, thyroïde	/
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	/		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	/
(213) Yeux - pupilles	/		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	/
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	/		(224) Examen neurologique- réflexes etc	/
(215) Poumons, thorax, seins	/		(225) Psychiatrie	/
(216) Cœur	/		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	/
(217) Système vasculaire	/		(227) Etat général	/
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire				

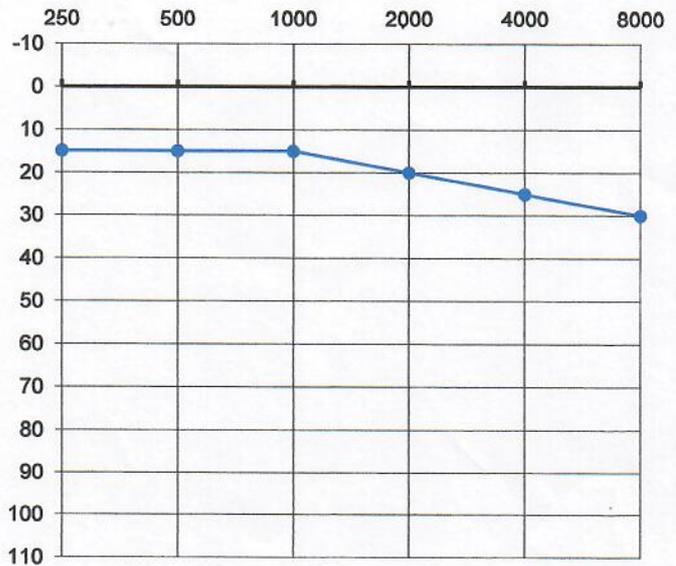
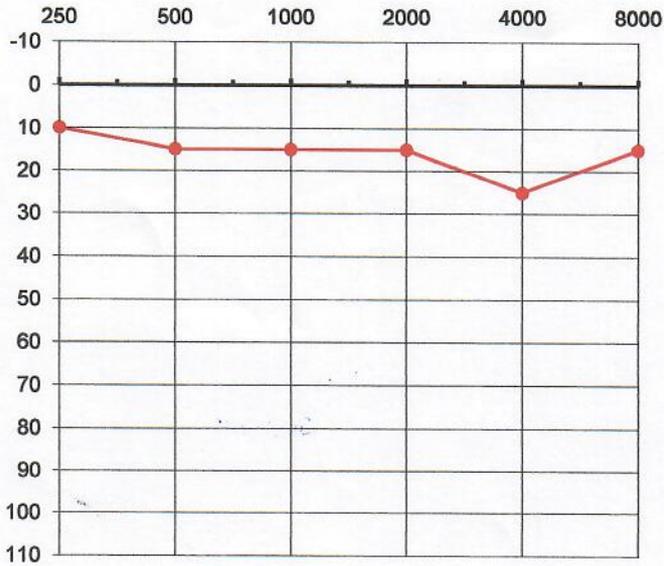
**Acuité visuelle** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (235)Analyse d'urine Normale  anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact			
Œil droit sans correction	Corrigée à	/			
Œil gauche sans correction	Corrigée à	/			
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	/			
<b>(230) Vision intermédiaire</b>		Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non	
Œil droit			/		
Œil gauche			/		
Vision binoculaire			/		

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	/			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<i>25/10/18</i>	X	
(239) Audiogramme			<i>24/10/18</i>	X	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL			<i>25/10/18</i>	X	
(242) Lipides sanguins			<i>26-10-18</i>	X	
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					

**OD - Audiogramme - OG**



Perte	OD	OG
moyenne	18	19

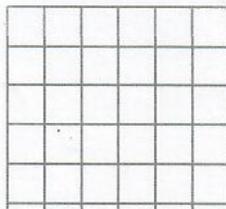
WEBER	250	500	1000	2000	4000	8000
front	0	0	0	0	0	0

RS ipsi	droit
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

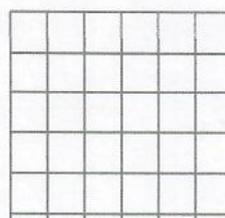
tympano	droite	gauche
VCA en ml	0	0
POM	0	0
CS en ml	0	0
Ampl en daF	0	0

RS ipsi	gauche
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



assourdissement CL

**AUDIOGRAMME TONAL: compatible avec l'age**

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam  
Site Urgences Cardio  
Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015  
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
Diplômé des Universités de Montpellier  
et de Besançon  
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : d1026204 Prélèvement du : 26.10.2019

Patient né le 17.12.1957 - 61 ans

Tr: Assistance Médicale AMS

Monsieur **KAMARA Francois Louis**  
Prescrit par : Dr CORREA Patrick

## HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (Micros-Pentra60/ABX) Valeurs de référence Antériorités

Le 23.04.19

### NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges	=	4,68 Millions/mm <sup>3</sup>	(4,20-5,70)	4,87
Hémoglobine	=	13,9 g/100ml	(14,0-17,0)	14,7
Hématocrite	=	41,4 %	(40,0-52,0)	43,7
Volume globulaire (V.G.M.)	=	88 μ <sup>3</sup>	(80-95)	90
Charge (T.G.M.H.)	=	30 pg	(28-32)	30
Concentration (C.C.M.H.)	=	34 %	(30-35)	34

Plaquettes	=	169.000 /mm <sup>3</sup>	(150000-450000)	181.000
Volume plaquettaire moyen	=	8,7 fl	(6,5-11,0)	8,5

Globules blancs	=	6.400 /mm <sup>3</sup>	(4000-10000)	6.600
-----------------	---	------------------------	--------------	-------

### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles	=	57,4 % soit 3674 /mm <sup>3</sup>	(2000-7000)	4000
Polynucléaires éosinophiles	=	3,1 % soit 198 /mm <sup>3</sup>	(100-400)	244
Polynucléaires basophiles	=	1,0 % soit 64 /mm <sup>3</sup>	(0-150)	33
Lymphocytes	=	31,9 % soit 2042 /mm <sup>3</sup>	(1500-4000)	1855
Monocytes	=	6,6 % soit 422 /mm <sup>3</sup>	(200-800)	469

  
Dr C. HUSSEINI

MEILLEURS SENTIMENTS

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam  
Site Urgences Cardio  
Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015  
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

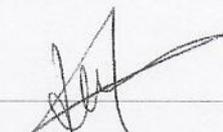
Dr Karim Houdrouge  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
Diplômé des Universités de Montpellier  
et de Besançon  
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

⇒ Suite dossier : d1026204 du 26.10.2019 Mr KAMARA Francois Louis né le 17.12.1957 - 61 ans Tr: Assistance Médicale AMS

## MARQUEURS

	Valeurs de référence	Antériorités
Antigène prostatique spécifique = (ELFA-Vidas)	0,50 ng/ml (inf. à 4,00)	0,54 Le 23.04.19

✍ Pour un taux de PSA compris entre 4 et 10 ng/ml, il est recommandé  
de doser le PSA libre



Dr C. HUSSEINI

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement  
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur [www.sunulabo.com](http://www.sunulabo.com)

le 26.10.2019 à 11h48

Page n° 3/3 - PDF -

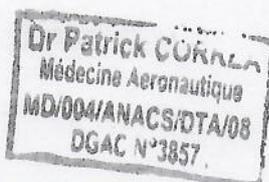
MEILLEURS SENTIMENTS

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page <b>1 sur 1</b>

CATEGORIES		
<b>CLASSE 1</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>CLASSE 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>CLASSE 3</b> <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur :

Titulaire de l'agrément n :



Certifie que M : **FRANCOIS LOUIS KAMARA**

Né(e) le : 17/12/1957 à DAKAR..... Age : 62 ANS

Demeurant : **CASTORD CITE BRGM 2C**

**NE REpond PAS** (Préciser REpond ou NE REpond PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : 25/10/19

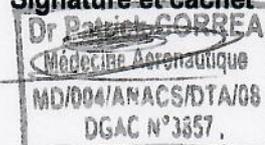
Limite de validité : 30/04/20

Durée de validité : **6 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

**PORT DE VERRES OBLIGATOIRE**

Signature et cachet



*Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.*

*Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de sa validité sus-*