RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

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

NOM : **MBENGUE** Prénoms : **NOYEY MARIE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **23/10/1998**
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 171 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 128 Diastolique 91	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 88 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒	☐	(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.					

PNE An Sengal SA - Ebow. Ceces oeuft.

Tabac = 0
Alc = 0
III = 0
Sport = +

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

Œil droit sans correction	10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	9	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire
N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) de près
N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) Lunettes
Oui Non

(233) Lentilles de contact
Type :
Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter
Œil droit
Œil gauche

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres	
------------------	--------------------	---------------	--------	--

Rapports annexés

	Non réalisée	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	28-11-20	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	28-11-20	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?)	☐		☐	☐

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

Avis : **Apte** Nom : _____
Signature : _____

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées **09** 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'examinateur	Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(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 ☐	CLASSE 2 ☐	LAPL ☐	PNC/CCA ☒
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

(248) Commentaires, limitations :
Apte PNE -> 28-11-2020

(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 : **28-11-20**
et lieu : _____

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :
Fax : _____
Telephone : _____ E-mail : _____

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
Numéro d'AME : _____

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassadeurs
DAKAR-SENEGAL

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773