RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **CANARA** Prénoms : **NAIROUNA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **12/01/1951**
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 176 cm	(203) Poids 92 kg	(204) Yeux couleur Vert	(205) Cheveux couleur Vert	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 118 Diastolique 85	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 79 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 buccale, 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.
Pnc. An Seneegal 2A - 37 ans. Le diab 0.83.

**Tobac = 0
Alc = 0
11^h = 0
Sport = natale**

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	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
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 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 I S H I H A R A

Nombre de tables présentées **00** Nombre d'erreurs **0**

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

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oreille droite	Oreille gauche
	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min)

Normal Anormal Normal Anormal **14** (g/dl)

Glc = 0,83

(235) **Analyse d'urine** Normale Anormale

Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	04-12-24	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	04-12-24	☒	☐
(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 : **Appt** Nom : **Patrick CORREA**
Signature : **Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857-FAA-00773

(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/CJA

(248) **Commentaires, limitations :**

Appt Pnc -> 04-12-2026

(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 : **06-12-24** et lieu : **DAKAR**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857-FAA-00773

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Patrick CORREA**
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Numéro d'AME :