

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : SENEGAL	(13) N° référence :
(3) Nom : LO	(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☐
(5) Prénom(s) : EL HADJI ABASS	(4) Nom de naissance :
(8) Lieu et pays de naissance :	(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation
(10) Adresse permanente : Lot No 3 Cité Jeanne Cadore Labors YORR - DAKAR Pays : SENEGAL N° de téléphone : 78-236-45-47 Courriel : elabassb@gmail.com	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 19-02-1988
(9) Nationalité :	(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐
(11) Adresse postale : (si différente)	(14) Type de licence désirée :
(16) Employeur :	(15) Profession (principale) : PNC
(17) Dernier examen médical : Date : 28-07-2020 Lieu : RABAT Hopital Militaire de RABAT	(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non ☐ Oui ☐ détails :
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : Numéro de licence : Pays de délivrance :	(21) Nombre total d'heures de vol :
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités	(25) Type de vol envisagé :
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :	(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐
	(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?
A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
☐	☒	(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒
☐	☒	(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒
☐	☒	(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒
☐	☒	(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒
☐	☒	(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒
☐	☒	(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒
☐	☒	(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒
☐	☒	(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒
☐	☒	(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒
☐	☒	(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒
☐	☒	(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒
☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒
☐	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒
☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒
☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒
☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒
☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒
☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒
☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒
☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒
☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒
☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒
☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒
☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒		☐	☒
☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒		☐	☒
☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒		☐	☒
☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒		☐	☒
☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒		☐	☒
☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒		☐	☒
☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒		☐	☒
☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒		☐	☒
☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒		☐	☒
☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒		☐	☒
☐	☒	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒		☐	☒

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), 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 autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.
CONSENTEMENT   LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ces documents et de mes annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AM  ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et doivent être et rester la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté tout moment.
NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ART 115 (1) du Règlement (UE) 2018/302 et mis à la disposition de mon AM  afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.055 (b) (2) (i) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ART 115 (c) (4).

Date : **21-06-2022**

Signature du demandeur :

[Signature]

Signature du médecin examinateur :

Médecine Aéronautique
MD/004/ANAE/DSAC/08
DSAC N  3857

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

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

NOM : LO Prénoms : ELHADJI ABASS Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 19-02-1988
Lieu de naissance : LOUGA

(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>188</u> cm	(203) Poids <u>78</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Noir</u>	(205) Cheveux couleur <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>130</u> Diastolique <u>70</u>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <u>73</u> 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					

Re culent Air Seyah SA, PNC RAN (2014-2020)
Celib 00y 31 ans

Tobac = 0
Alc = 0
Spat = 3x/24h.

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)
Œil droit sans correction 10 Corrigée à 10
Œil gauche sans correction 10 Corrigée à 10
Vision binoculaire, sans correction 10 Corrigée à 10

(230) Vision Intermédiaire
N14 lu à 100cm
Œil droit sans correction 10 avec correction 10
Œil gauche sans correction 10 avec correction 10
Vision binoculaire sans correction 10 avec correction 10

(231) de près
N5 lu à 30 - 50cm
Œil droit sans correction 10 avec correction 10
Œil gauche sans correction 10 avec correction 10
Vision binoculaire sans correction 10 avec correction 10

(232) Lunettes
Oui ☐ Non ☒
Type : Sph
Réfraction Sph
Œil droit Sph
Œil gauche Sph

(233) Lentilles de contact
Type : Oui
Réfraction Sph
Œil droit Sph
Œil gauche Sph

(313) Perception des couleurs
Tables pseudo-isochromatiques Type I SHIHARA
Nombre de tables présentées 0 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'examineur
Oreille droite Oui
Oreille gauche Oui

(236) Fonction respiratoire
VEMS/CV %
Normal ☐ Anormal ☐
Peak Flow (l/min)
Normal ☐ Anormal ☐

(237) Hémoglobine
(g/dl)
Normal ☒ Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :
Apté Pnc -> 21-06-2024

(235) Analyse d'urine
Glucose 0 Protéines 0 Sang 0 Autres 0

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	<u>21-06-2024</u>	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	<u>21-06-2024</u>	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	<u>21-06-2024</u>	☒	☐
(241) Examen ORL	☐	<u>21-06-2024</u>	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☐	<u>21-06-2024</u>	☒	☐
(243) Fonction respiratoire	☐	<u>21-06-2024</u>	☒	☐
(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 : Apté
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 ☐ CLASSE 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐

(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 : 22-06-2024
et lieu : ANS
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA
Fonction : Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL
E-mail :
Telephone :
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA
Signature : MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773
Numéro d'AME :
Ref Rapport examen médical 03.09.2019