



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **DIOPE** Prénoms : **Fatou Bintou** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **09-09-1986**  
Lieu de naissance : **Dakar**

|  |                               |                             |                                  |                                     |   |  |
|--|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| (201) Catégorie d'examen<br><input checked="" type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>177</b> cm | (203) Poids<br><b>75</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>Nan</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>Nan</b> | (206) Tension artérielle (assis) mmHg<br>Systolique <b>120</b><br>Diastolique <b>70</b> | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) <b>82</b><br>Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier<br><input type="checkbox"/> irrégulier |
|--|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|--|

| Examen clinique : Cochez chaque item           | normal                              | anormal                  | normal   | anormal                             |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|
| (208) Tête, face, cou, cuir chevelu            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (218) Abdomen, hernie, foie, rate                        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (219) Anus, rectum (si nécessaire)                       | <input type="checkbox"/>            |
| (210) Nez, sinus                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (220) système génito-urinaire                            | <input type="checkbox"/>            |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (221) Système endocrinien, thyroïde                      | <input type="checkbox"/>            |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations    | <input type="checkbox"/>            |
| (213) Yeux - pupilles                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | <input type="checkbox"/>            |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (224) Examen neurologique- réflexes etc                  | <input type="checkbox"/>            |
| (215) Poumons, thorax, seins                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (225) Psychiatrie  | <input type="checkbox"/>            |
| (216) Cœur                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique   | <input type="checkbox"/>            |
| (217) Système vasculaire                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (227) Etat général                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.  
**Recueilleur An Sengale - PNC Ekoupan A. (2015-2021)**  
**35 ans - Nan E exp**  
**Tabc = 0**  
**Alc = 0**  
**Spalt = 3x/2cm**

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

|                                     |           |            |  |
|-------------------------------------|-----------|------------|--|
| Œil droit sans correction           | <b>10</b> | Corrigée à |  |
| Œil gauche sans correction          | <b>10</b> | Corrigée à |  |
| Vision binoculaire, sans correction | <b>10</b> | Corrigée à |  |

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

|                    |                                     |                          |                          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | sans correction                     |                          | avec correction          |                          |
|                    | Oui                                 | Non                      | Oui                      | Non                      |
| Œil droit          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

|                    |                                     |                          |                          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | sans correction                     |                          | avec correction          |                          |
|                    | Oui                                 | Non                      | Oui                      | Non                      |
| Œil droit          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(232) **Lunettes** Oui  Non   
(233) **Lentilles de contact** Oui  Non

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

|            |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|
| Œil droit  |  |  |  |  |
| Œil gauche |  |  |  |  |

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A **0**  
Nombre de tables présentées **09** Nombre d'erreurs **0**

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

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | Oreille droite  | Oreille gauche  |
| Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur | Oui <input checked="" type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |   | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | <b>13.5</b> (g/dl) |

**CPy: 85mg/dl**

(248) **Commentaires, limitations :**

**Apte PNC -> 21-06-2024**

(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 et lieu : **22 JUIN 2022**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :  
Fax : **Dr Patrick CORREA**  
E-mail :  
Telephone : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :  
Numéro d'AME : **Dr Patrik CORREA**  
**Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N°3857 - FAA-00773**