

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : KANE

Prénoms : NGEYE FATOU

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 08/01/1983
Lieu de naissance : DAKAR

(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 1,71 cm	(203) Poids 55 kg	(204) Yeux couleur brun	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 80	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 85 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

Recevanteur A. Senghal SA, Agent au sol - (2008-2009).
39 ans. Active 1 enfant.

Tobacco =
Alc = 0
Sport = Exer

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Ceil droit sans correction	10	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☒	☐	☐	☐
Ceil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☒	☐	☐	☐
Ceil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☐
Type : Réfraction Sph	Type : Cylindre Axe Ajouter
Ceil droit	
Ceil gauche	

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A

Nombre de tables présentées 0 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'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)	Hémoglobine (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

(235) Analyse d'urine Normale ☒ Anormale ☐

Glucose ☐	Protéines ☐	Sang ☐	Autres ☐
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	21-06-2024	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	21-06-2024	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	21-06-2024	☒	☐
(241) Examen ORL	☐	21-06-2024	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☐	21-06-2024	☒	☐
(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 : *Apté*

Nom : Dr Patrick CORREA
Signature : *Patrick CORREA*
Médicine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

☒ APTÉ 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/GCA ☒
-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

(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 JUIN 2022

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

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
Dr Patrick CORREA
Médicine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773