

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>SENEGAL</b>	(13) N° référence:	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>
(3) Nom : <b>SAMBOU</b>	(4) Nom de naissance <b>SAMBOU</b>	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : <b>LANDING ED FELIX</b>	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) <b>01/10/1982</b>	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance :	(9) Nationalité :	(14) Type de licence désirée :
(10) Adresse permanente : <b>P. ASSANCOUS, 0091225</b> Pays : <b>SENEGAL</b> N° de téléphone : <b>772053930</b> Courriel : <b>duartesambou52@gmail.com</b>	(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(15) Profession (principale) :
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types                      Numéro de licence                      Pays de délivrance	(16) Employeur :	(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :
(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	(21) Nombre total d'heures de vol :                      (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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	(25) Type de vol envisagé :
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière unités	(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi :
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :	(30) Remarques :	

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

**Antécédents familiaux**

(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**A remplir uniquement pour les femmes**

(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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 déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSIGNEMENT A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AMI; ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation sérieuse 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 devenir d'ont resteront 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 à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical (TARA-MED.130) peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AMI afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'évaluation de l'AMC (TARA-MED.150) (c) (4).

Date : **21-06-2022**  
 Signature du demandeur : **Sambou**  
 Signature du médecin examinateur : **Dr Patrick CORREA**  
 MD/004/ANACS/DTA  
 DSAC ANACS

# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

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

NOM : **SAMBOU**

Prénoms : **LANGING EDOUARD FELIX**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **01-09-1982**  
 Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>1,82</b> cm	(203) Poids <b>73</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Nan</b>	(205) Cheveux couleur <b>Nan</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>130</b> Diastolique <b>70</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>93</b> Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympons, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**Recrutement Air Senegal St. Augustin vol. (2008-2012)**  
**39 ans. Nané E exp.**

Tobac = 0  
 Alcool = 0  
 III = 0  
 Sport = 4x/sem

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Œil droit sans correction	Corrigée à	Lunettes/Contact
Œil gauche sans correction	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

Œil droit	sans correction		avec correction		
	Oui	Non	Oui	Non	
Œil gauche	sans correction		avec correction		
	Oui	Non	Oui	Non	
Vision binoculaire		sans correction		avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

Œil droit	sans correction		avec correction		
	Oui	Non	Oui	Non	
Œil gauche	sans correction		avec correction		
	Oui	Non	Oui	Non	
Vision binoculaire		sans correction		avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non

(232) Lunettes

Oui  Non

Type : Réfraction Sph

(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 **20** Nombre d'erreurs **2**

(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	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oreille gauche	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>	Oreille gauche	Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

VEMS/CV % Peak Flow (l/min)

Normal  Anormal

(237) Hémoglobine (g/dl)

Normal  Anormal

**148**

(235) Analyse d'urine

Glucose  Protéines  Normale  Anormale

Sang  Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<b>21-06-22</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<b>21-06-22</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	<b>21-06-22</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	<b>21-06-22</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	<b>21-06-22</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	<b>21-06-22</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?) :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **Apt.**

Nom : **Dr Patrick CORREA**

Signature :

Médecine Aéronautique  
 MD/004/ANACS/DTA/08  
 DGAC N°3957

(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/GCA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :  
**VDL.**  
**105 mg/dl**

**Apté PNE → 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 : **22 JUIN 2022**

et lieu : **DAKAR SENEGAL**

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**  
 Médecine Aéronautique  
 MD/004/ANACS/DTA/08  
 DGAC N°3957 - FAA-00773

Numéro d'AME : .....

Ref Rapport examen medical 03.09.2019