

|                                                                                                                                                             |                                                                 |                             |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <br><b>Agence Nationale de l'Aviation<br/>Civile et de la Météorologie</b> | <b>FORMULAIRE</b>                                               | <b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b> |                                    |
|                                                                                                                                                             | <b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL<br/>DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b> |                             | Date d'application :<br>10/09/2018 |

**TYPE DE PERSONNEL** : .....

**CLASSE** : .....

**NOM DE L'EMPLOYEUR** : .....

**ADRESSE** : .....

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom : <u>IZAWA</u><br>Prénom : <u>OSAMU</u><br>Nationalité : <u>Japonaise</u><br>Né(e) le : <u>16/08/1963</u> à : <u>Tochigi, Japon</u><br>Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Lieu et date de l'examen médical :<br>Adresse : <u>Avenue des Ambassadeurs Pakar,</u><br>Téléphone : <u>97-19-49-466</u> email : <u>osamu.izawa@m.f.a.g.e.jp</u><br>Profession/activité : <u>diplomate</u><br>Situation de famille : <u>marrié</u> | <b>Activité(s) pratiques</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur<br><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon<br><input type="checkbox"/> Autres précisez :<br>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)<br>Aérodrome :<br>Activités aériennes antérieures :<br>Heures de vol : <u>10 heures</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON

Si OUI : Date : 24/06/2022 Lieu :

Nom du médecin : Dr. Correa

Vous avez été déclaré : ☒ Apte ☐ Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☐ OUI ☐ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

| Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :       | OUI                                 | NON                                 |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 Taux de cholestérol élevé                    |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 Maladie respiratoire                         |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 Maladies de l'estomac                        |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 Maladies du foie                             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 Diabète                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 Maladies rénales                             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 Maladies articulaires et du dos              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 Maladie thyroïdienne                         |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 Tumeur ou maladie cancéreuse                |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 Vertiges, pertes de connaissance            |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 Migraines                                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |

Répondez aux questions suivantes :

|                                                                              | OUI                                 | NON                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 14 Troubles du sommeil                                                       |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?                            |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18 Etes-vous un consommateur de tabac ?                                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?                        |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20 Faites-vous usage de drogues illicites ?                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21 Consommez-vous de l'alcool ?                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?                    |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pour les candidates :                                                        |                                     |                                     |
| 24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25 Autres                                                                    |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Déclaration du personnel aéronautique** : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur.

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

03/01/2023

何澤修

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

|                                                                                                                                                        |                                 |  |                                    |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|-----------------|
| <br><b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b> | <b>FORMULAIRE</b>               |  | SN-SEC-MED-FORM-02-A               |                 |
|                                                                                                                                                        | <b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b> |  | Date d'application :<br>10/06/2017 | Page<br>1 sur 2 |

|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   |                                                   |                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM : <b>ZAWA</b>                                                                                                                                                                                      |                               | Prénoms : <b>OSAMH</b>      |                                   | Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>16/05/1963</b> |                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   | Lieu de naissance :                               |                                                                                                  |
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>175</b> cm | (203) Poids<br><b>70</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>bleu</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>bleu</b>              | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg                                                         |
|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   |                                                   | Systolique <b>108</b> Diastolique <b>68</b>                                                      |
|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   |                                                   | (207) Pouls au repos<br>Pulsations <b>42</b> Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier |

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

**Diplomate - 89 ans - sans défaut.**

**Talons = ±  
Hélicoptère = ±  
III = 18  
sans défaut**

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

(235) Analyse d'urine

Normale ☒ anormale ☐

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contact

|                                     |            |                                     |
|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|
| Œil droit sans correction           | Corrigée à | <b>8</b>                            |
| Œil gauche sans correction          | Corrigée à | <b>9</b>                            |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à | <b>5</b>                            |
| (230) Vision intermédiaire          |            |                                     |
| Sans correction                     |            | Avec correction                     |
| N14 lu à 100cm                      | Oui Non    | Oui Non                             |
| Œil droit                           |            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Œil gauche                          |            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire                  |            | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                               |           |             |                   |                  |
|-------------------------------|-----------|-------------|-------------------|------------------|
| Glucose                       | Protéines | Sang        | Autres            |                  |
| <b>0</b>                      | <b>0</b>  | <b>0</b>    |                   |                  |
| Rapport annexés               |           | Non réalisé | Date              | Nor mal Anor mal |
|                               |           |             | <b>03/06/2017</b> |                  |
| (238) ECG                     |           |             |                   |                  |
| (239) Audiogramme             |           |             |                   |                  |
| (240) Examen Ophtalmologique  |           |             |                   |                  |
| (241) Examen ORL              |           |             |                   |                  |
| (242) Lipides sanguins        |           |             |                   |                  |
| (243) Fonctions respiratoires |           |             |                   |                  |
| (320) Tonométrie G :          |           |             |                   |                  |



Agence Nationale de  
l'Aviation  
Civile et de la Météorologie

## FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

### RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date  
d'application :  
10/06/2017

Page  
2 sur 2

|                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                                                                      |                                                                      |                                                                                      |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| (231) de près                                                                                                                                                                                   |                                                                  | Sans correction                                                      |                                                                      | Avec correction                                                                      |           |
| N5 lu à 30 - 50cm                                                                                                                                                                               |                                                                  | Oui                                                                  | Non                                                                  | Oui                                                                                  | Non       |
| Œil droit                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                      |                                                                      |                                                                                      |           |
| Œil gauche                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                      |                                                                      |                                                                                      |           |
| Vison binoculaire                                                                                                                                                                               |                                                                  |                                                                      |                                                                      |                                                                                      |           |
| (232) Lunettes                                                                                                                                                                                  |                                                                  | (233) Lentilles de contact                                           |                                                                      |                                                                                      |           |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                                                                                                            |                                                                  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>            |                                                                      |                                                                                      |           |
| Type :                                                                                                                                                                                          |                                                                  | Type :                                                               |                                                                      |                                                                                      |           |
| réfraction                                                                                                                                                                                      | Sph                                                              | Cylindre                                                             | Axe                                                                  | Ajouter                                                                              |           |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                                                                      |                                                                      |                                                                                      |           |
| (313) Perception des couleurs                                                                                                                                                                   |                                                                  | Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>   |                                                                      |                                                                                      |           |
| Tables pseudo-isochromatiques                                                                                                                                                                   |                                                                  | Type ISHIHARA                                                        |                                                                      |                                                                                      |           |
| Nombre de tables présentées                                                                                                                                                                     |                                                                  | Nombre d'erreurs                                                     |                                                                      |                                                                                      |           |
| (234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)                                                                                                                                |                                                                  |                                                                      |                                                                      |                                                                                      |           |
| (si 239/241 non réalisé)                                                                                                                                                                        |                                                                  |                                                                      |                                                                      |                                                                                      |           |
| Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur                                                                                                                         |                                                                  | Oreille droite                                                       | Oreille gauche                                                       |                                                                                      |           |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> 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)                                                    |                                                                      | 14,8 (g/dl)                                                                          |           |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>                                                                                                                                | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>     |                                                                      | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>                     |           |
| (248) commentaires, limitations :<br>Paul Camille gteu Apté classe 2 → 30-07-2023                                                                                                               |                                                                  |                                                                      |                                                                      |                                                                                      |           |
| (249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé                                                                                                                                           |                                                                  |                                                                      |                                                                      |                                                                                      |           |
| Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète. |                                                                  |                                                                      |                                                                      |                                                                                      |           |
| (250) Lieu et date                                                                                                                                                                              |                                                                  | Nom et adresse du médecin agréé                                      |                                                                      | Cachet et signature                                                                  |           |
| 03-01-2023                                                                                                                                                                                      |                                                                  | Dr Patrick CORREA<br>3, Av. des Ambassades<br>DAKAR SENEGAL          |                                                                      | Dr Patrick CORREA<br>Médecine Aéronautique<br>SN-MED-004<br>DGAC N° 3857 - FAA-00773 |           |