



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : conducteur
 DEGRE :
 NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER
 ADRESSE : Colobane

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : Diaoune Prénom : Sira Nationalité : Sénégalaise Sexe : F M
 Né(e) le : 13/06/1995 à : Dakar
 Lieu et date de l'examen médical : 28/06/2022 à AMS
 Adresse : cité Fadia
 Téléphone : 77 774 00 25 email : DiaouneSira@gmail.com
 Profession/activité :
 Situation de famille : marlée

Activité(s) pratiques :
 Activités antérieures : Receveur

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

Si OUI : Date : ____/____/____ Lieu : _____ Nom du médecin : _____

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 »

	OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<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"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Autres		<input checked="" type="checkbox"/>

Déclaration du personnel ferroviaire : 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'autorité ferroviaire civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testés en vigueur.
 Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire

23/06/2022

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

20-18 avant 2018. cycle RAS.



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : *Dioume* Prénoms : *Sira* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *13/06/1995*
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 <i>171</i> cm	(203) Poids <i>85</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>130</i>	Diastolique <i>70</i>	Pulsations <i>73</i>	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

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

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

*Candidate - Conducheur Train. Personne âgée 27 ans.
Noir. 1 enfant.*

*Tobac = 0
Alc = 0
III = 0.
Spat = 1x12ans.*

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

(235) Analyse d'urine Normale anormale

Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contac t	
Œil droit sans correction	<i>No</i>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<i>No</i>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<i>No</i>	Corrigée à	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<i>28-06-2009</i>	<i>α</i>	
(239) Audiogramme			<i>28-06-2009</i>	<i>α</i>	



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			
N5 lu à 30 – 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

(232) Lunettes

Oui Non

(233) Lentilles de contact

Oui Non

Type :				
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	<input checked="" type="checkbox"/>	Type ISHIIHARA	<input type="checkbox"/>
Nombre de tables présentées	6	Nombre d'erreurs	0

(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

Biologie	-Gly: 96 mg/dl	HB: 13.1 g/dl
----------	----------------	---------------

(248) commentaires, limitations :

Apte Deg 1 → 01-06-2025

(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				

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

Avis :

Nom : **Dr Patrik CORREA**
 Médecine Aérienne
 MD/004/ANACS/BTA/08
 DGAC N°3657 - FAA-00773

(247 bis) Décision du médecin agréé

- APTÉ pour le degré :
- INAPTE pour le degré :
- 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	Degré 1	Degré 2	Degré 3
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Je soussigne 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

28 JUIN 2022

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrik CORREA
Médecin Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773