



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 : Dieng
 Prénom : Papa Mbagnick
 Nationalité : Sénégalaise Sexe : F M
 Né(e) le : 01/09/1992 à : Dakar
 Lieu et date de l'examen médical : Farm résidence AV les ambassadeurs
 Adresse : Koukoune Sadeur (AMS)
 Téléphone : 776682287 email : gnickdieng@gmail.com
 Profession/activité : Technicien
 Situation de famille :

Activité(s) pratiques :

Activités antérieures : Redu Emploi

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 »

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"/>
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>
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 testes en vigueur. Toutes fausses déclarations priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire
28/06/2022

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

Père Prépane
AS - Approuvé 2005 - RAS



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : Diene Prénoms : Papa Mbaquich Date de naissance 01/09/1992
(JJ/MM/AAAA):
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 <u>182</u> cm	(203) Poids <u>80</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Noir</u>	(205) Cheveux couleur <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <u>110</u>	Diastolique <u>70</u>		

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	Anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<u>d</u>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<u>1</u>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<u>g</u>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<u>g</u>		(220) système génito-urinaire	<u>1</u>
(211) Oreilles, tympan, compliance tympanique	<u>d</u>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<u>g</u>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<u>g</u>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<u>1</u>
(213) Yeux - pupilles	<u>g</u>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<u>g</u>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<u>g</u>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<u>1</u>
(215) Poumons, thorax, seins	<u>d</u>		(225) Psychiatrie	<u>1</u>
(216) Cœur	<u>1</u>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<u>g.d.</u>
(217) Système vasculaire	<u>1</u>		(227) Etat général	<u>1</u>

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

Candidat - Conducteur Train. Passagé - 29 ans -
Ce lib o'eff.
(226) Tabacage. episode d'i + cicatrim appendicite

Tabac = 3/5
Alu = 0
Spait = 3x/sem.

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)

		Corrigée à	Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	<u>g</u>		
Œil gauche sans correction	<u>g</u>		
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>		

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>			
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<u>18-06-2009</u>	<u>1</u>	
(239) Audiogramme			<u>18-06-2009</u>	<u>1</u>	



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire

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

(232) Lunettes

Oui Non

Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui Non

Type :

(313) Perception des couleurs

Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées **17**

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs **00**

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

	Oreille droite	Oreille gauche
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	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: 92 mg/dl HB: 12,9 g/dl

(248) commentaires, limitations :

Apte Deg 1 → 28-06-2025

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

(240) Examen Ophthalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins	28-06-2025	OK		
(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 Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3557 - FAA-00773

(247 bis) Décision du médecin agréé

APTE 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"/>



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

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

28 JUIN 2022

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773