



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur
 DEGRE : 1
 NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER
 ADRESSE : Colobane

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : Ndiaye Activité(s) pratiques
 Prénom : Mamadou
 Nationalité : _____ Sexe : F M
 Né(e) le : 07/07/92 à : _____
 Lieu et date de l'examen médical : 28/06/2022 à Dakar
 Adresse : _____
 Téléphone : 77-6963857 email : madou2248@gmail.com Activités antérieures : Conseiller commercial
 Profession/activité : Conducteur train
 Situation de famille : Celibataire

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		X
2		X
3		X
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X
13		X

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14		X
15		X
16		X
17		X
18		X
19		X
20		X
21		X
22		X
23		X
Pour les candidates :		
24		X
25		X

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 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

28/06/22
[Signature]

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



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : *Ndiaye*

Prénoms : *Demadiou*

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *07/10/79*

Lieu de naissance : *Yeumbeul*

(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>190</i> cm	(203) Poids <i>70</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Vert</i>	(205) Cheveux couleur <i>Blanc</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <i>130</i>	Diastolique <i>80</i>	

Examen clinique : Cochez chaque item

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

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

*Candidat Conducteur Travaux (Passions) 29 ans.
Célibataire.*

*TABCA = 0
AEL = 0
III = 0
Sport = 8x12 km*

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/Contact
Œil droit sans correction	<i>10</i>	Corrigée à
Œil gauche sans correction	<i>10</i>	Corrigée à
Vision binoculaire, sans correction	<i>10</i>	Corrigée à

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<i>28-06-2022</i>	<i>✓</i>	
(239) Audiogramme			<i>28-06-2022</i>	<i>✓</i>	



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	X			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			
N5 lu à 30 - 50cm				
Œil droit	X			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Nombre de tables présentées 60	Type ISHIHARA	Nombre d'erreurs 0

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

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	SpO2 94 mg/dl	HB: 16,5
----------	----------------------	-----------------

(240) Examen Opthalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins		28-06-2025	X	
(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**

Spécialité Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - 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"/>

(248) commentaires, limitations :

Apte Degré 1 -> 28-06-2025

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé



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

30 JUIN 2022

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

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