



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 1 sur 2

NOM : **NDIAYE** Prénoms : **JEAN LOUIS** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **18-07-1971** Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm 184	(203) Poids kg 180	(204) Yeux couleur MARRON	(205) Cheveux couleur NOIR	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 143	Diastolique 104	Pulsations 71	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	<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, tympans, 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
ORL - A 370 - 5 ans. Naud 3 ans. Naud 4 ans. Naud 5 ans. Naud 6 ans. Naud 7 ans. Naud 8 ans. Naud 9 ans. Naud 10 ans. Naud 11 ans. Naud 12 ans. Naud 13 ans. Naud 14 ans. Naud 15 ans. Naud 16 ans. Naud 17 ans. Naud 18 ans. Naud 19 ans. Naud 20 ans. Naud 21 ans. Naud 22 ans. Naud 23 ans. Naud 24 ans. Naud 25 ans. Naud 26 ans. Naud 27 ans. Naud 28 ans. Naud 29 ans. Naud 30 ans. Naud 31 ans. Naud 32 ans. Naud 33 ans. Naud 34 ans. Naud 35 ans. Naud 36 ans. Naud 37 ans. Naud 38 ans. Naud 39 ans. Naud 40 ans. Naud 41 ans. Naud 42 ans. Naud 43 ans. Naud 44 ans. Naud 45 ans. Naud 46 ans. Naud 47 ans. Naud 48 ans. Naud 49 ans. Naud 50 ans. Naud 51 ans. Naud 52 ans. Naud 53 ans. Naud 54 ans. Naud 55 ans. Naud 56 ans. Naud 57 ans. Naud 58 ans. Naud 59 ans. Naud 60 ans. Naud 61 ans. Naud 62 ans. Naud 63 ans. Naud 64 ans. Naud 65 ans. Naud 66 ans. Naud 67 ans. Naud 68 ans. Naud 69 ans. Naud 70 ans. Naud 71 ans. Naud 72 ans. Naud 73 ans. Naud 74 ans. Naud 75 ans. Naud 76 ans. Naud 77 ans. Naud 78 ans. Naud 79 ans. Naud 80 ans. Naud 81 ans. Naud 82 ans. Naud 83 ans. Naud 84 ans. Naud 85 ans. Naud 86 ans. Naud 87 ans. Naud 88 ans. Naud 89 ans. Naud 90 ans. Naud 91 ans. Naud 92 ans. Naud 93 ans. Naud 94 ans. Naud 95 ans. Naud 96 ans. Naud 97 ans. Naud 98 ans. Naud 99 ans. Naud 100 ans.

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	07		
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10		
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10		
(230) Vision intermédiaire		Sans correction		
		Avec correction		
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Non
Œil droit			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire			<input checked="" type="checkbox"/>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal
(238) ECG			28-02-2023	<input checked="" type="checkbox"/>
(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				<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>	
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	

(231) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>ce</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(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** (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Hb (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	<i>Hb = 14,55 g/dl</i>
		<i>Ce = 1,15</i>

(248) **commentaires, limitations :**

(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

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis :

Nom : **Dr Patrick CORREA**
 Médecine Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

Signature :

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire : *Cardiologue pour CR.*

Le motif : *IDR - à 76.*

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	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>