



Agence Nationale de l'Aviation  
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-01-A

EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL  
DE L'AERONAUTIQUE CIVILE

Date d'application :  
10/09/2018

Page  
1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL : NAVIGANT  
CLASSE : 1  
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA  
ADRESSE : ALMADIES

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>NDIAYE</u> Prénom : <u>JEAN-LOUIS</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>16/07/1971</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : <u>FANN</u> Téléphone : <u>779170950</u> email : Profession/activité : <u>PILOTE</u> Situation de famille : <u>MARIE</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
--	--

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

Si OUI : Date : : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lieu : AMS Nom du médecin : AMS (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 »

	OUI	NON
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Toutes fausses déclarations 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

12-03-2024

JL J

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



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 **16-07-1971**  
(JJ/MM/AAAA):  
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 <b>184</b> cm	(203) Poids <b>105</b> kg	(204) Yeux couleur <b>MARRON NOIRE</b>	(205) Cheveux couleur <b>NOIRE</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>133</b> Diastolique <b>84</b>		(207) Pouls au repos Pulsations <b>67</b> 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, tympan, compli- ance 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

**OPC. A330. 52 ans. 1 an 3 emps.  
Suivi Pat IDA. (Sept 2012). RAS. Nat III = Fatica.**

Tobac = 0  
Alc = 0  
III = Couvart  
Aspirin  
Creste

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/Contac  
t

Œil droit sans correction	Corrigée à	<b>10</b>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<b>10</b>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<b>10</b>	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui Non
Œil droit			<b>1</b>
Œil gauche			<b>1</b>
Vision binoculaire			<b>1</b>

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
Rapport annexés		Non réali- sé	Date	Nor- mal Anor- mal
(238) ECG			<b>19-03 2014</b>	<b>1</b>
(239) Audiogramme			<b>19-03 2014</b>	<b>1</b>
(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"/>	
Vision 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

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :
<i>Appté</i>	<b>Dr Patrick CORREA</b> Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N° 1957 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</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
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input 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)	138 (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"/>

(248) commentaires, limitations : *fat laudat gnt quon. CR. cardio. prochain à l site*

(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 :  
 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	Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------

(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 <i>12-07-2024</i>	Nom et adresse du médecin agréé <b>Dr Patrick CORREA</b> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet et signature <b>Dr Patrick CORREA</b> Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N° 1957 - FAA-00773
---	---	---

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page <b>1 sur 1</b>

CATEGORIES		
<b>CLASSE 1</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>CLASSE 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>CLASSE 3</b> <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **JEAN-LOUIS NDIAYE** ; ;

Né(e) le : **16/07/1971** à DAKAR Age : **... 52 ANS**

Demeurant : **...PATTE D'OIES BUILDERS**

**REPOND** (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **12/03/24**

Limite de validité : **30/09/24** Durée de validité : **06 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

**PORT DE VERRES OBLIGATOIRE**

Signature et cachet



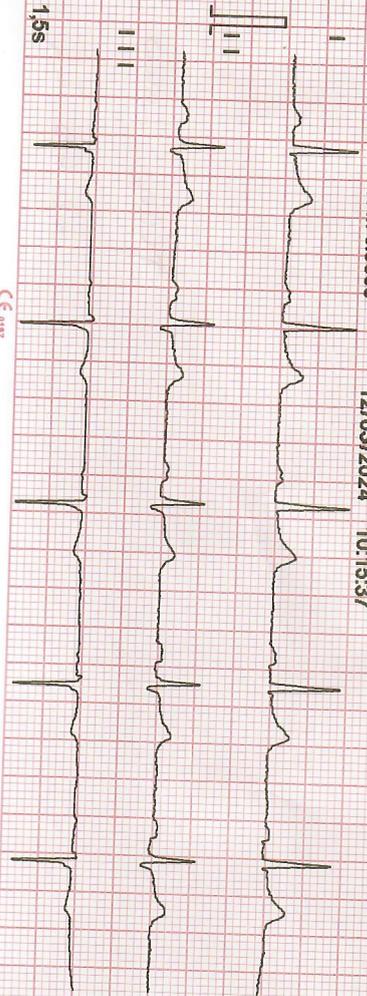
*Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.*

*Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.*

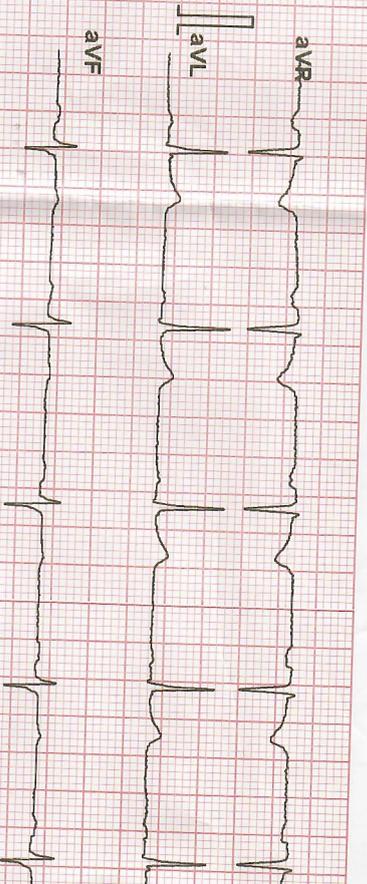
BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW:4.75.0000  
Aut

12/03/2024 10:15:37

25mm/s  
10mm/mV  
50Hz ADS 1.5s



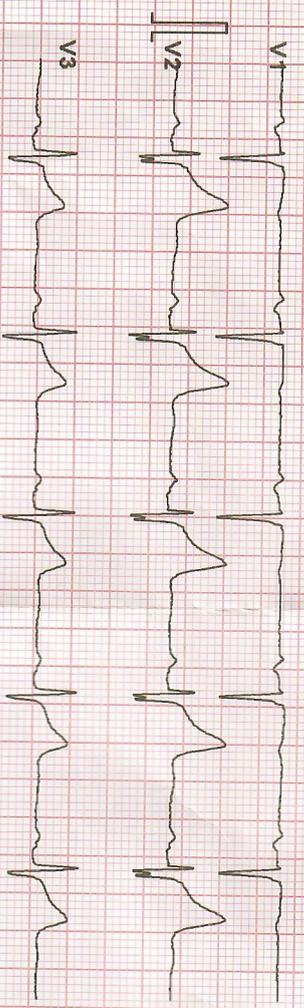
HR = 63



CE 007

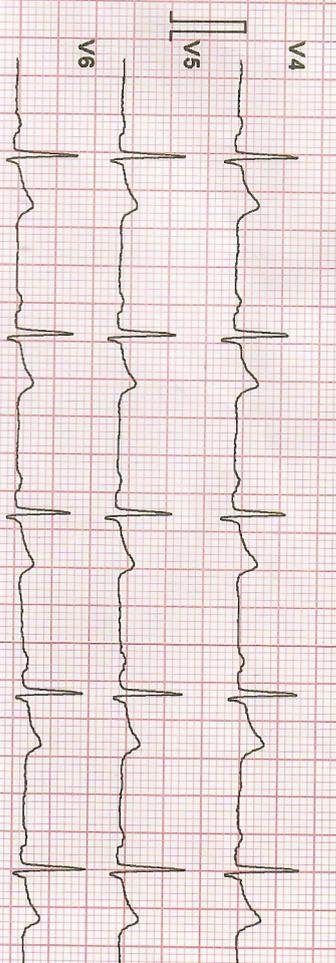
CE 007

HR = 63



CE 017

HR = 63



CE 017

P+	P-	Q	R	S	R	S	T+	T-	ST	STs	SF
88	-	-	952	-	-	-	294	-	46	453	RR
98	-	-	603	-176	-	-	219	-	34	338	P
-	-	-	78	-843	-	-	-73	-	-11	-102	QRS
-	-91	-685	53	-	-	-	-256	-	-41	-380	PQ
44	-	-	879	-	-	-	183	-	31	270	QT
57	-	-	310	-420	-	-	81	-	11	127	QTc
51	-62	-	59	-825	-	-	-	-	33	10	axis P
107	-	-	380	-495	-	-	766	-	155	1525	axis QRS
93	-	-	581	-400	-	-	423	-	102	872	axis T
83	-	-	750	-154	-	-	325	-	69	566	
78	-	-	805	-123	-	-	250	-	50	430	
73	-	-	786	-112	-	-	235	-	44	414	

Dr Patricia LOKREA  
 M.D. (M.B.B.S.)  
 SN-MED-004  
 DGAC N°1851-AE-FAA02373  
 DEVIATION AXE-GAUSSIE  
 ECG NORMAL  
 RYTHME SINUSAL

Jean Louis Ndiaye  
 22.05.22