





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 : **LO** Prénoms : **Aly NBaye** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **28/09/1998** Lieu de naissance : **Dakar**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>203</b> cm	(203) Poids <b>100</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>123</b> Diastolique <b>83</b>	(207) Pouls au repos Pulsations <b>72</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)	<input checked="" type="checkbox"/>
(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.  
**Dakar et 23 ans, passible au vol, célibataire, sans enfant, psychisme bon, en bonne santé, tabac=0, alcool=0**

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			
	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>			
(230) Vision intermédiaire				
N14 lu à 100cm				
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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
			<b>28/07/2022</b>		
(238) ECG					
(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**

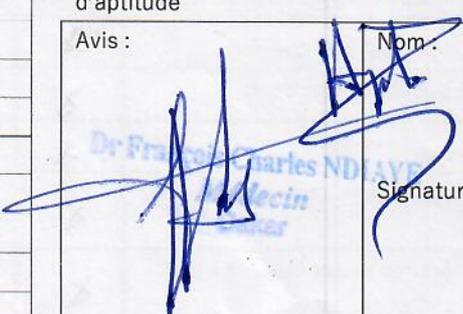
**FORMULAIRE**

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		D : mmHg		(244) Divers (Sujet ?)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non	(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude						
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>				Avis :  Nom : Signature :						
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>										
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>										
(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		Normale <input checked="" type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>		(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé						
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA				<input type="checkbox"/> APTE pour la classe : <input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe : <input type="checkbox"/> Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer : Le destinataire : Le motif :						
Nombre de tables présentées 20		Nombre d'erreurs 0										
(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	Renvoi/Concertation					
Oreille droite							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.					
Oreille gauche							Décision n° ..... Du ..... Libellé :					
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine				Champ d'application du certificat						
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)		Classe 1		Classe 2		Classe 3		
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				14.9								
(248) commentaires, limitations :												
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé												
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				Nom et adresse du médecin agréé				Cachet et signature				