

 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 : <i>Faye</i>	Prénoms : <i>Khadiyatou</i>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <i>27/06/1997</i>				
		Lieu de naissance : <i>Dakar</i>				
(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>163</i> cm	(203) Poids <i>53</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : <i>128</i> Diastolique : <i>85</i>	(207) Pouls au repos <i>36</i> Pulsations : <i>92</i> 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	+		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	+
(209) Cavité bucale, gorge, dents	+		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	x
(210) Nez, sinus	+		(220) système génito-urinaire	x
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	+		(221) Système endocrinien, thyroïde	x
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	+		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	x
(213) Yeux - pupilles	+		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	+
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	+		(224) Examen neurologique- réflexes etc	x
(215) Poumons, thorax, seins	+		(225) Psychiatrie	+
(216) Cœur	x		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	+
(217) Système vasculaire	+		(227) Etat général	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item ayant chaque commentaire
Diabète de 25ans, élévation des glic, sans antécédent de diabète, à bon état psychique bon, en renouvellement professionnel, tabac = 0 alcool = 0 - Sport +

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	Glucose	Protéines	Sang	Autres		
		0	0	0			
Œil droit sans correction	<i>10</i>	Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
Œil gauche sans correction	<i>10</i>				<i>27/06/2017</i>		
Vision binoculaire, sans correction	<i>10</i>						
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction					
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non			
Œil droit	x						
Œil gauche	x						
Vision binoculaire	x						
(238) ECG							x
(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 type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
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
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

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Gly: 57 mg/dl

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Hémoglobine (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		13.7

(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

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 François Charles NDIA
Médecin

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 :

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	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>