

 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 : Contrôleur
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : A SECNA
ADRESSE : Guinea-Bissau

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Mame</u> Prénom : <u>Queme</u> Nationalité : <u>Bissau-guinéen</u> Né(e) le : <u>08/10/1994</u> à : <u>AMS Guinea-Bissau</u> Sexe : ☐ F ☒ M Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar 01/08/2022</u> Adresse : <u>Bissau (Belén)</u> Téléphone : <u>95-57-77556</u> email : <u>q.mame62@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Étudiant</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : _____ 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

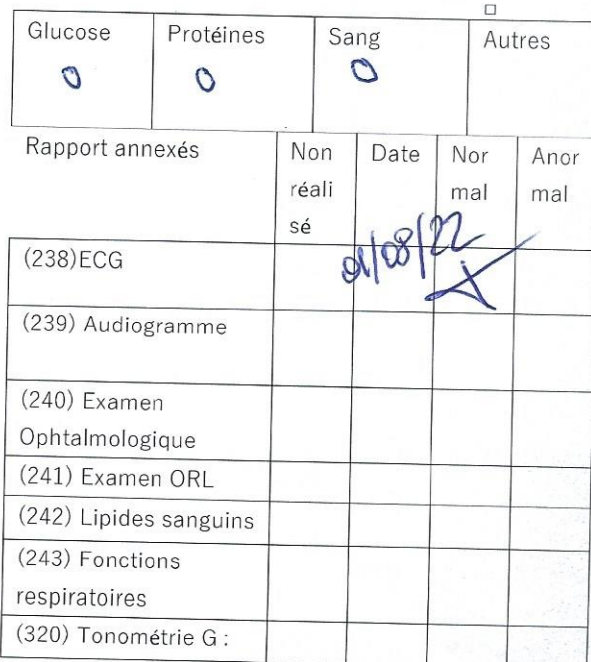
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »			Répondez aux questions suivantes :	
	OUI	NON		
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :			14 Troubles du sommeil	☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒	15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☒
3 Maladie respiratoire		☒	16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	☒
4 Maladies de l'estomac		☒	17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	☒
5 Maladies du foie		☒	18 Etes-vous un consommateur de tabac ?	☒
6 Diabète		☒	19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	☒
7 Maladies rénales		☒	20 Faites-vous usage de drogues illicites ?	☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒	21 Consommez-vous de l'alcool ?	☒
9 Maladie thyroïdienne		☒	22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒	23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	☒
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒	Pour les candidates :	
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒	24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	☒
13 Migraines		☒	25 Autres	☒

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 testes en vigueur.
 Toutes fausse déclaration 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

01/08/2022
Queme Mame

Annotations du médecin-examineur 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
2 sur 2

(231) de près

N5 lu à 30 – 50cm

Sans correction
Avec correction
Oui Non Oui Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui ☐

Non ☒

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☐

Type :

(313) Perception des couleurs

Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

20

Type ISHIHARA

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 ☒
Non ☐

Oui ☒
Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille
droite

Oreille
gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

PPg : 1,08 g/dl

VEMS/CV
%

Peak Flow
(l/min)

(g/dl)

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☒

Anormal ☐

(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

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 :

Aphe

Dr François Charles NDIAYE
Médecin
Dakar

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

☐