



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : *Ndiaye* Prénoms : *Saba* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *11 Novembre 1988*
Lieu de naissance : *à Jeuneboul*

(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>190</i> cm	(203) Poids <i>75</i> kg	(204) Yeux couleur <i>brun</i>	(205) Cheveux couleur <i>brun</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : <i>136</i> Diastolique : <i>80</i>	(207) Pouls au repos Pulsations : <i>57</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)	/
(210) Nez, sinus	/		(220) système génito-urinaire	/
(211) Oreilles, tympanes, compliance tympanique	/		(221) Système endocrinien, thyroïde	/
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	/		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	/
(213) Yeux - pupilles	/		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	/
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	/		(224) Examen neurologique- réflexes etc	/
(215) Poumons, thorax, seins	/		(225) Psychiatrie	/
(216) Cœur	/		(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 avant chaque commentaire

Poliste de 34 ans, pas bonne santé, HPC de chirurgie vasculaire beaucoup de force, célibataire sans enfants en reconversion professionnelle, psychisme bon

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale anormale

Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	Corrigée à	<i>10</i>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<i>10</i>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<i>10</i>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal
(238) ECG				
(239) Audiogramme				



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

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

(313) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
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
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
Biologie
GPg: 86 mg/l HB: 8,3 g/dl

(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D: mmHg				

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

Avis :	Nom :
	Dr François Charles NDIAYE
	Médecin
	Signature :

(247 bis) Décision du médecin agréé

APTÉ pour le degré :

INAPTE pour le degré :

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	Degré 1	Degré 2	Degré 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé