



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : agent
DEGRE :
NOM DE L'EMPLOYEUR :
ADRESSE : Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom: Dia
Prénom: Fatoumata Bintou
Nationalité: Sénégalaise
Né(e) le: 29/09/1995
Lieu et date de l'examen médical: AMS / Jeudi 4 août 22
Adresse: Rufisque
Téléphone: 78-1854049
Profession/activité: agent
Situation de famille: marie / mère 1E

Activité(s) pratiques

Activités antérieures :

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence ferroviaire ? [X] OUI [] NON

Si OUI : Date : / / Lieu :

Nom du médecin :

Vous avez été déclaré : [X] 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 [X] NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

Table with 3 columns: Question, OUI, NON. Rows include: 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle; 2 Taux de cholestérol élevé; 3 Maladie respiratoire; 4 Maladies de l'estomac; 5 Maladies du foie; 6 Diabète; 7 Maladies rénales; 8 Maladies articulaires et du dos; 9 Maladie thyroïdienne; 10 Tumeur ou maladie cancéreuse; 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels; 12 Vertiges, pertes de connaissance; 13 Migraines.

Table with 3 columns: Question, OUI, NON. Rows include: 14 Troubles du sommeil; 15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale?; 16 Avez-vous eu un accident dans le passé?; 17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux?; 18 Etes-vous un consommateur de tabac?; 19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s)?; 20 Faites-vous usage de drogues illicites?; 21 Consommez-vous de l'alcool?; 22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles; 23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national?; 24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler?; 25 Autres.

Déclaration du personnel ferroviaire : 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'autorité ferroviaire civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur. Toutes fausses déclarations priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire

Judi 4 août 2022
[Signature]

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

13 : sous pilule contraceptive (Securivir)
24 : Fausse couche e. 1-2-2021-



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : *Dia*

Prénoms : *Fatoumata Bintou*

Date de naissance (MM/AAAA):

29/09/95

Lieu de naissance :

A Dakar

(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>175</i> cm	(203) Poids <i>80</i> kg	(204) Yeux couleur <i>brun</i>	(205) Cheveux couleur <i>brun</i>	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>129</i>	Diastolique <i>89</i>	Pulsations <i>82</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	<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, tympan, complianc 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

*Début de 27 ans, mariée, 1E, avec acc/absence couche
à 2021, bon psychisme, bon état général, e ren-verse
professionnelle, Tabac=0, Alcool=0, sans pilule contraceptive*

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

(235) Analyse d'urine Normale anormale

Toxicologie

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Corrigée à	Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	<i>10</i>		
Œil gauche sans correction	<i>10</i>		
Vision binoculaire, sans correction	<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		<i>absent</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme					



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm

	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	X			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	X			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			

(232) Lunettes

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	(233) Lentilles de contact		
Type :		Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques	Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Nombre de tables présentées	Type ISHIHARA	Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis
si 239/241 non réalisé)

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	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	GP: 92 mg/dl	HB: 6.7 g/dl
----------	--------------	--------------

(248) commentaires, limitations :

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

(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 Généraliste

Signature :

(247 bis) Décision du médecin agréé

- APTE 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"/>