

 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

TYPE DE PERSONNEL :

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : Free lance

ADRESSE : Sipres Dumerz

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIODHIU</u> Prénom : <u>FADIEL</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>01/01/80</u> à : Lieu et date de l'examen médical : <u>DAKAR, 24/03/2023</u> Adresse : <u>Sipres Dumerz N° 6</u> Téléphone : <u>773901364</u> email : <u>Sadiel.diodhiou@gmail.com</u> Profession/activité : <u>INZEMBEUR</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u>	Activité(s) pratiques <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>YOPF</u> 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 : 28/09/22 Lieu : Nom du médecin : DR CORREA

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 »

	OUI	NON
1		<u>2</u>
2		<u>2</u>
3		<u>2</u>
4		<u>2</u>
5		<u>2</u>
6		<u>2</u>
7		<u>2</u>
8		<u>2</u>
9		<u>2</u>
10		<u>2</u>
11		<u>2</u>
12		<u>2</u>
13		<u>2</u>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		<u>2</u>
15		<u>2</u>
16		<u>2</u>
17		<u>2</u>
18		<u>2</u>
19		<u>2</u>
20		<u>2</u>
21		<u>2</u>
22		<u>2</u>
23		<u>2</u>
24		<u>2</u>
25		<u>2</u>

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 entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique
24/03/2023
Sadiel Diodhiou

Annotations du médecin-examinateur 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
1 sur 2

NOM : **DIEDHIOU** Prénoms : **FABEL** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **01/02/80**
Lieu de naissance : **SARAN**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 192 cm	(203) Poids 107 kg	(204) Yeux couleur Vert	(205) Cheveux couleur Vert	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 112 Diastolique : 82	(207) Pouls au repos Pulsations : 65 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	d		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	d
(209) Cavité bucale, gorge, dents	d		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	d		(220) système génito-urinaire	d
(211) Oreilles, tympan, compli- ance tympanique	d		(221) Système endocrinien, thyroïde	d
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	d		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	d
(213) Yeux - pupilles	d		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	d
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	d		(224) Examen neurologique- réflexes etc	d
(215) Poumons, thorax, seins	d		(225) Psychiatrie	d
(216) Cœur	d		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	d
(217) Système vasculaire	d		(227) Etat général	d

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
ORL normale. AED ingénieur. Acou 3 sur 3. L3 am. Tachycardie = 0, Atele = 0, Spont = 0, HT = 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
--	--	--	------------------

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		

Œil droit sans correction	10	Corrigée à			
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à			
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à			
(230) Vision intermédiaire		Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		d			
Œil gauche		d			
Vison binoculaire		d			

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		10-03-17	d	
(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		1			
Œil gauche		1			
Vison binoculaire		2			
(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 type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>	
Tables pseudo-isochromatiques		dg		Type ISHIHARA	
Nombre de tables présentées				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		(237) Hémoglobine			
		13,9			
VEMS/CV %		Peack Flow (l/min)		(g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
(248) commentaires, limitations : Apte classe 1 -> 30-09-2023					
(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	
23-05-2023		Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassadeurs DAKAR SENEGAL		 	

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 : _____

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

