

 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 :

CLASSE : 2

NOM DE L'EMPLOYEUR :

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>ROOKE</u> Prénom : <u>BARNABY</u> Nationalité : <u>GB</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>9/10/79</u> à : <u>LONDRES</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>3/11/2022</u> Adresse : <u>DI PATRICK CORREA</u> <u>3, AV. DES AMBASSADEURS</u> <u>DAKAR, SENEGAL</u> Téléphone : <u>777 406917</u> email : Profession/activité : <u>UNICEF barnaby@rooke.eu</u> Situation de famille : <u>PACSE, 2 ENFANTS</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 : <u>(Aéroclub, Centre)</u> Aérodrome : <u>DAKAR</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>PARACHUTISME, PARAPENTE</u>
---	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : 1/11 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 »

	OUI	NON
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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 textes en vigueur.

Date et signature du personnel aéronautique

[Signature]

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

⊕ Mal = causalité psy - pau Depres = sans Anxiolète = dernier Consultat Nov 2021 X/XX
 ⊕ Sporadique laubute anhy la - III sténose à 90cm = RAS (8).
 ⊕ Col Nère Algairme - + Nère. Tylpid
 (15) = Adul - tulo - = RAS ; Vasotomie ; appendicite.
 (16) = Nolo



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 : ROOKE Prénoms : BARNABY Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 9/10/74
 Lieu de naissance : LONDRES, GB

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>187</u> cm	(203) Poids <u>85</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Marron</u>	(205) Cheveux couleur <u>Bruns</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : <u>110</u> Diastolique : <u>81</u> Pulsations : <u>61</u>	(207) Pouls au repos <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)	
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance 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.
Stress vocal. xxx. Anxiété. (Immature). En l'air pour tout. 48 ans. Alcool = 10. Sprit = 2. anet

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	
	Sans correction	Avec correction
Œil droit sans correction	Corrigée à <u>10</u>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à <u>10</u>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à <u>10</u>	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	Rapport annexés	Non réalisé
			Date	Nor mal
			<u>03-11 2012</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Date	Anor mal
			<u>03-11 2012</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Date	
			<u>03-11 2012</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Date	
			<u>07-11</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Date	
			<u>07-11</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Date	
			<u>07-11</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Date	
			<u>07-11</u>	<input checked="" type="checkbox"/>



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				
Œil gauche				
Vision binoculaire				
(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 Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
 Nombre de tables présentées Nombre d'erreurs

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

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		Hb _g (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"/>

Hb_g = 1,84 g/dl

(248) commentaires, limitations : *Pat Cauchian g. l'ins. CR. (M = PAS (07-12-2012))*

(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
08-11-2012

Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
 3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
 Médecine Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Aus*

Nom : *Pg.*

Signature
Dr Patrick CORREA
 Médecine Aéronautique
 MD/004/ANACS/DTA
 DGAC N°3857 - FAA-00773

(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 : *Psychiatre*
 Le motif : *Synd dépressif + III aux valty.*

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

Apti classe 2 - 2013-05-08