



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 Aérien
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>NDIAYE</u> Prénom : <u>Seynabou</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>08/05/1988</u> à : <u>Kinshasa</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>10/11/2022</u> Adresse : <u>Quartier Santhiaba, Ngaparou</u> Téléphone : <u>77-380-19-45</u> email : <u>seynabou.ndiaye@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur aérien</u> Situation de famille : <u>Mariée</u>	Activité(s) pratiques <input 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 : 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 : 30/11/2020 Lieu :

Nom du médecin : Dr Elhadj Malick Niang

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 »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos	<input checked="" type="checkbox"/>	
9 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21 Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
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.

Date et signature du personnel aéronautique

10-11-2022

S Ndiaye

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

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

8: PRR depuis 2015 traité par Cortancyl et Ibuprofène
15: 2 Césariennes / - 2020 pour Dépass à l'Étranger
2022 / Sécurité

22: PRC Vision de loin



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 : **NDIAYE** Prénoms : **Segnabou** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **08/05/1988**
 Lieu de naissance : **Kinshasa**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 168 cm	(203) Poids 57 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 120 Diastolique : 68		(207) Pouls au repos Pulsations : 66 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, 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 vous à l'item 2 avant chaque commentaire, à l'attente de la suite.
 Femme de 35 ans, contrôlée depuis 2017 par le Dr Paroche, 2 consultations / 12 en 2020 depuis 2 ans, en bon EG, PAR sans contact et Paroche, 2 consultations / 12 en 2020 et suivie le 05/06/2022. Psychisme bon, Alcohol = 0 Tabac = 0 Sport = 0
 Venus contrôler vision de loin.

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
t

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Œil droit sans correction	Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		10/11/22	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme		10-11-22	<input checked="" type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

(230) Vision intermédiaire

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

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :
<i>Apte + Verres Correcteurs</i>	
Signature :	
	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées *70* Nombre d'erreurs *0*

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

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

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

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

Gly = 81 mg/dl

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	<i>10,9</i> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :

Pat Carrelain q'tique Apte donc J →

(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

16-11-2017

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

Cachet

