



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 : *Rue HASSE, cité Coudanmerie 2, villa 226*

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : *KASSE* **Activité(s) pratiques,**

Prénom : *Fatime*

Nationalité : *sénégalaise* Sexe : F M Avion Planeur

Né(e) le : *12/06/1987* à : *DAKAR* Hélicoptère Ballon

Lieu et date de l'examen médical : *17/11/22 à Fann* Autres précisez :
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)

Adresse : *Rue HASSE* Aérodrome :
Activités aériennes antérieures :
Heures de vol :

Téléphone : *78 62 62 82* email : *fatimkass@yahoop*

Profession/activité : *contrôleur aérien*

Situation de famille : *marlée*

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

Si OUI : Date : *26/10/2020* Lieu : *Point E* Nom du médecin : *El Hadji Malick N'dang*

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

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14		<input checked="" type="checkbox"/>
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		<input checked="" type="checkbox"/>
17		<input checked="" type="checkbox"/>
18		<input checked="" type="checkbox"/>
19		<input checked="" type="checkbox"/>
20		<input checked="" type="checkbox"/>
21		<input checked="" type="checkbox"/>
22		<input checked="" type="checkbox"/>
23		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24		<input checked="" type="checkbox"/>
25		<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.

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

Date et signature du personnel aéronautique : *17/11/22*
[Signature]

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :
Dryano AS - = PAS - 46-48 absence PAS ; yeli = PAS



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 : **KASSÉ** Prénoms : **FARIMÉ** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **12/06/1987**
 Lieu de naissance : **DARAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 160 cm	(203) Poids 64 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 099	Diastolique 70		
					Pulsations 73	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)	
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympan, 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
Contactum Acut. 35 ans Noir le sexe. Tabac = 0
Alc = 0
Al = plume
Sport = 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

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	
	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"/>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			12/11/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			12/11/2009	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" 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"/>

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

Avis :	Nom :
<i>ApLe</i>	
	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>20</i>

APTE pour la classe :
 INAPTE pour la classe :

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

Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

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

Le destinataire :
Le motif :

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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.

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Décision n° Du
Libellé :

VEMS/CV %	Peak 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"/>
		<i>Hb = 11,5</i> <i>Hgc = 0,98</i>

Champ d'application du certificat	Classe 1 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

(248) commentaires, limitations :
ApLe classe 3 → 31-11-2017

(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
17-11-2017

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

Cachet
Dr Patrick CORREA
Médecin Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857-FAA-00773