



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 :

NOM DE L'EMPLOYEUR :

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : **KA**
Prénom : **AICHA**
Nationalité : **SENEGALAISE** Sexe : F M
Né(e) le : **02 / 11 / 1990** à : **DAKAR**
Lieu et date de l'examen médical : **DAKAR, 27 AVRIL**
Adresse : **ALMAHIEB LOUE 4 VILLA 9**
RESIDENCE AICHA LOUE DU KING FATH
Téléphone : **77-57-3026** email : **aichaloue@snac.sn**
Profession/activité : **ASSISTANTE EXECUTIVE CROSS**
Situation de famille : **CELI MARIÉE**

Activité(s) pratiques
 Avion Planeur
 Hélicoptère Ballon
 Autres précisez :
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)
Aérodrome : **16A GUCYE**
Activités aériennes antérieures : **/**
Heures de vol : **5**

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

Si OUI : Date : / / 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 **ARRETS CARDIO VASCULAIRES - CANCER DU SEIN**

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"/> |
| 15 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? | | <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 ? | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 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

27-04-2018
[Signature]

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

06-02 cycli = 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 : KA Prénoms : AICOTA Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 22.11.1990
Lieu de naissance : ISMAIL, SOHREVAZ

| | | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------------|--|---|
| (201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 158 cm | (203) Poids 54 kg | (204) Yeux couleur Noir | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 116 Diastolique: 75 Pulsations: 71 | (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
 Candidat PPL. classe 1. Page 1. pilule progl. de in. p. en. Do. d. de la p. talé. Tabac = 1/5
 (neuve du p. en). 32 ans. Administration. cras. c. e. l. b. 1. o. u. t. S. H. U. D. (api. A. d. k. = 0
 226) (a. t. a. u. g. e. n. = 0. S. p. a. n. t. = 0. W. = 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | Corrigée à | |
| Œil gauche sans correction | <input checked="" type="checkbox"/> | Corrigée à | |
| Vision binoculaire, sans correction | <input checked="" type="checkbox"/> | Corrigée à | |
| (230) Vision intermédiaire | Sans correction | | Avec correction |
| N14 lu à 100cm | Oui | Non | Oui Non |
| Œil droit | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Œil gauche | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

| Glucose | Protéines | Sang | Autres | | |
|-------------------------------|-----------|-------------|------------|-------------------------------------|----------|
| 0 | 0 | 0 | | | |
| Rapport annexés | | Non réalisé | Date | Nor mal | Anor mal |
| (238) ECG | | | 22-06-2017 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| (239) Audiogramme | | | 22-06-2017 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| (240) Examen Ophtalmologique | | | 22-06-2017 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| (241) Examen ORL | | | 22-06-2017 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| (242) Lipides sanguins | | | 22-06-2017 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| (243) Fonctions respiratoires | | | 22-06-2017 | | |
| (320) Tonométrie G : | | | | | |

EFA - Rx Thuman - 04-05-2017 RAS



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 | | 2 | | | |
| 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 Anormale

| | |
|--------------------------------|--------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques | Type ISHIHARA |
| Nombre de tables présentées 20 | 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"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Audiométrie éventuelle

| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Oreille droite | | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | | |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

| | | |
|--|--|--|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | 99 (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 : *Ce = 1,158*

(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 <i>16-05-2013</i> | Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL</i> | Cachet et signature <i>Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N° 3857 - FAA-00773</i> |
|---|---|---|

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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>Dr Patrick CORREA</i> | |
| Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 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 :
 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 type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Apte classe 2 -> 30-06-2025

| | | | |
|---|--|------------------------------------|-----------------|
|  Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie | FORMULAIRE | SN-SEC-MED-FORM-03-A | |
| | CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE | Date d'application : 30/11/2018 | Page 1 sur 1 |

| CATEGORIES | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| CLASSE 1 <input type="checkbox"/> | CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/> | CLASSE 3 <input type="checkbox"/> |

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **AICHA KA**

Né(e) le : **22/11/90** à **DAKAR** Age : **32 ANS**.....

Demeurant : **ALMADIES**.....

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **27/04/23**

Limite de validité : **30/04/25** Durée de validité : **2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

.....

Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
 Médecin Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N° 3867 - FAA-00773

Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.