

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

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>NDOUR</u> Prénom : <u>TIMOTE DIOMAYE</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>30/10/1996</u> à : <u>AGA BIRAM</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS, 17/07/2023</u> Adresse : <u>Grand-poff</u> Téléphone : <u>77-19444-81</u> email : <u>dionmayet15@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Etudiant</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : ____/____/____ 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 »

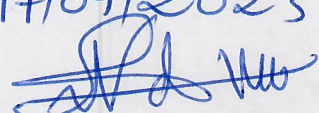
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire		☒
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne	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

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		☒
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21 Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
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 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

17/07/2023


Annotations du médecin-examineur 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 : NDOUR	Prénoms : TIMOTE DIONNE	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 30/10/1986
		Lieu de naissance : AGA BIRAM
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille cm 180	(203) Poids kg 60
	(204) Yeux couleur noir	(205) Cheveux couleur Noir
		(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 119 Diastolique 69
		(207) Pouls au repos Pulsations 82 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	
(210) Nez, sinus	☒		(220) système génito-urinaire	☒	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒		(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	
(213) Yeux - pupilles	☒		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒		(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	
(215) Poumons, thorax, seins	☒		(225) Psychiatrie	☒	
(216) Cœur	☒		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	
(217) Système vasculaire	☒		(227) Etat général	☒	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
 Humeur de 20% Célébration sans effort, étude de l'activité physique, machine à vapeur depuis effort, en 30% sans effort particulier, Tabac = 0 Alcool = 0
 Spm 12, 12/12/23, 12/12/23

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
N14 lu à 100cm		Oui Non	Oui Non
Œil droit		☒ ☐	☐ ☐
Œil gauche		☒ ☐	☐ ☐
Vision binoculaire		☒ ☐	☐ ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal Anormal
(238) ECG		10/11/23	☒
(239) Audiogramme		17/12/23	☒
(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	☒	☐		
Œil gauche	☒	☐		
Vision binoculaire	☒	☐		
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☒			
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques
Nombre de tables présentées 20
Type ISHIHARA
Nombre d'erreurs 0

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

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite Oui ☒ Non ☐	Oreille gauche Oui ☒ Non ☐				
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

$Cl = 105 g/l$

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐
		12,8 g/dl

(248) commentaires, limitations :

Apte classe 3 → 31-08-2025

(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

17-07-2023

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

Cachet
Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
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 : 	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 ☒
---	--------------------------------------	--------------------------------------	---