



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 : **NBAYE** Prénoms : **Serigne NBAYE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **07-05-1996**
Lieu de naissance : **Niémé Cisse**

| | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------|---|
| (201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille cm 178 | (203) Poids kg 80 | (204) Yeux couleur noir | (205) Cheveux couleur noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | Systolique 124 | Diastolique 75 | Pulsations 81 | 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 | / | | (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
Homme 27 ans, Célib sans enfants, Nette, Il excepte douleur sous ATC de particulier, en BEG, Tabac=0, Alcool=0, Nict=0, Sport=0, Note=0.
depuis enfance, psychisme bon

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 | X | | | |
| Œil gauche | X | | | |
| Vision binoculaire | X | | | |

| Glucose | Protéines | Sang | Autres | |
|-------------------------------|-----------|-------------|-----------------|--------------------|
| 0 | 0 | | | |
| Rapport annexés | | Non réalisé | Date | Nor mal / Anor mal |
| (238) ECG | | | 18/07/17 | → |
| (239) Audiogramme | | | 18/07/17 | Δ |
| (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"/> | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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 : |
| | |
| | Signature : |

(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>0</i> |

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

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

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

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

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Qy = 110 - 8/10

| | | |
|--|--|---|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | (g/dl) |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |
| | | <i>13,0</i> |

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

(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 | Nom et adresse du médecin agréé | Cachet et signature |
| <i>31-08-2025 -</i> | <i>Dr Patrick CORREA</i> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL | |