

 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 : Elève contrôleur
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : AGECNA
ADRESSE : AGECNA

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>GUEYE</u> Prénom : <u>SAMBA</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>25/05/1996</u> à : <u>Yembeul</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS le 18 juillet 2023</u> Adresse : <u>Keur Massar Nord</u> Téléphone : <u>78 166 93 08</u> email : <u>samba2tgueye@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 »

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

18/07/2023



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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 4 = Epigastrique 13 = Nodulaire

 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 : GUEYE	Prénoms : Samba	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 25/05/1986				
		Lieu de naissance : Yeumbeup				
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille cm 176	(203) Poids kg 67	(204) Yeux couleur Narron	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 127 Diastolique 61	(207) Pouls au repos Pulsations 63 Rythme ☐ irrégulier ☒ 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 27ans, Célib, sans enfant, Licence 3 Agromotrice, sans ATCD Particulier en BEG, Tabac=0, Alcool=0, Dact=2x Neurolog, Sport x, Bon Psychisme, 1er acte par un œil.

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	Normal	Anormal
(238) ECG			18/07/23	X	
(239) Audiogramme			18/07/23	X	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					
D : mmHg					



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

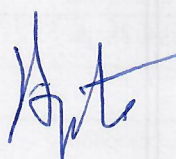
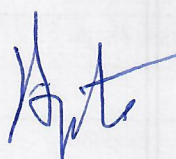
FORMULAIRE

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		(244) Divers (Sujet ?)		☐	☐	☐						
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non	(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude										
Œil droit		☒				Avis :  Nom : Signature :										
Œil gauche		☒														
Vison binoculaire		☒														
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact				Avis :  Nom : Signature :										
Oui ☐		Non ☒		Oui ☐							Non ☒					
Type :		Type :														
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter		(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé										
(313) Perception des couleurs		Normale ☒		Anormale ☐		□ APTE pour la classe : □ INAPTE pour la classe : □ Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer : Le destinataire : Le motif :										
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIIHARA														
Nombre de tables présentées 20		Nombre d'erreurs 0														
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé)						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 :										
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oreille droite	Oreille gauche													
		Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐													
Audiométrie éventuelle						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 :										
Hz	500	1000	2000	3000	4000						6000					
Oreille droite																
Oreille gauche							Champ d'application du certificat									
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine				Classe 1						Classe 2		Classe 3		
Gly = 86 mg/dl						☐						☐		☐		
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)		Champ d'application du certificat										
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		11,3 Normal ☐ Anormal ☐												
(248) commentaires, limitations :						Champ d'application du certificat										
Apte Classe 3 → 31-08-2025																
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé						Champ d'application du certificat										
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		Nom et adresse du médecin agréé				Champ d'application du certificat										
18-07-2023		Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL														