





**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 : **WAGUE** Prénoms : **Rokhaya** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **02/10/2000**  
Lieu de naissance : **Pikine -**

(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 <b>176</b>	(203) Poids kg <b>58</b>	(204) Yeux couleur <b>Nourou</b>	(205) Cheveux couleur <b>Nour</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <b>107</b>	Diastolique <b>74</b>		
						Pulsations <b>84</b>	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)	<input checked="" type="checkbox"/>
(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  
**Femme, 22ans, célibataire, sans enfant, Nourou physique - bonne, sans ATCD pathologique, Tabac = 0 Alcool = 0 Sport = 0, café ++++, psychisme bon, orientée perso par une tante -**

**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
--	--	--	------------------

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<b>0</b>	<b>0</b>		

Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
		<b>10/07/23</b>		<b>d.</b>

(230) Vision intermédiaire

	Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<b>X</b>			
Œil gauche	<b>X</b>			
Vision binoculaire	<b>X</b>			

(238) ECG				
(239) Audiogramme				
(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"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs					
Normale <input checked="" type="checkbox"/>			Anormale <input type="checkbox"/>		
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'examinateur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>			Oui <input checked="" type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>			Non <input type="checkbox"/>
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000 6000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire			(237) Hémoglobine		
Gly = 100 - g/dl			10,5		
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"/>

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 : \_\_\_\_\_

*Dr Patrick CORREA*  
 Médecine Aéronautique  
 SN-MED-004  
 DGAC N°3857 - FAA-00773

*Dr Patrick CORREA*  
 Médecin Cardio

(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 : *Bilan Cardio du 17/08/23*

Le motif : *ESV, Poussée < 1000, pénurie fonctionnelle, sensible aux ouïdiopathies, disparaissent à l'EP, etc.*

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 checked="" type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations : *Av. temporaire 3 mois -> 18/10/2023*  
*Revue cardio. Selon le 28-08-2024 pour flecaine. Apte - 23-08-2025*

(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 : *18-07-2023*

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

Cachet et signature : *Dr Patrick CORREA*  
 Médecine Aéronautique  
 SN-MED-004  
 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **ROKHAYA WAGUE**

Né(e) le : **02/10/2000** à **PIKINE...** Age : **...22 ANS.....**

Demeurant : **...CITE MBAYE JACQUE DIOP RUFISQUE.....**

**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 : **18/07/23**

Limite de validité : **18/10/23** Durée de validité : **... 3 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : .....

**Signature et cachet**



*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.*



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 type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **ROKHAYA WAGUE**

Né(e) le : **02/10/2000** à **PIKINE...** Age : **...22 ANS.....**

Demeurant : **...CITE MBAYE JACQUE DIOP RUFISQUE.....**

**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 : **23/08/23**

Limite de validité : **31/08/25** Durée de validité : **... 2 ANS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : .....

Signature et cachet



*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.*