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 : Controleur Candidat
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : Bissau

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : SAMBA UQUESINA
Prénom : TINO
Nationalité : Bissau-Guinéen
Né(e) le : 04/08/1995 Sexe : ☐ F ☐ M à : Bafucar-candungo
Lieu et date de l'examen médical : AMS 03/08/2023
Adresse : São Baulo
Téléphone : 78-136-5879 email : tinosamba88@gmail.com
Profession/activité : Controlgur
Situation de famille : Celibataire

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		X
2	Taux de cholestérol élevé		X
3	Maladie respiratoire		X
4	Maladies de l'estomac		X
5	Maladies du foie		X
6	Diabète		X
7	Maladies rénales		X
8	Maladies articulaires et du dos		X
9	Maladie thyroïdienne		X
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		X
12	Vertiges, pertes de connaissance		X
13	Migraines		X

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

Date et signature du personnel aéronautique
03/08/2023

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses «OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 16 : AVP / Passager d'une voiture → Plaie crânienne - Pas de Perte de Connaissance

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 : SAMBA UQUESINA Prénoms : Tino

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 04/08/1995
Lieu de naissance : Batucar - Canchungo

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille cm	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique	Diastolique	(207) Pouls au repos Pulsations	Rythme
☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	180	57 kg	Marron	Noir	127	93	52	☐ irrégulier ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Homme de 28ans, C-[illegible], célib SF sans ATCD particulier, en BEG, cicatrice crânial IIre à AVP (226), Tabac = 0, Alcool = 0, Sport +/-, Vdct = 0, Psychisme bon
Aéro = projet depuis longtemps

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(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**

N14 lu à 100cm

	Sans correction Oui	Sans correction Non	Avec correction Oui	Avec correction Non
Œil droit	X			
Œil gauche	X			
Vison binoculaire	X			

(235)Analyse d'urine Normale ☐ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0		

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238)ECG		03/08/23	X	
(239) Audiogramme		03/08/23	X	
(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** N5 lu à 30 – 50cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	x			
Œil gauche	x			
Vison binoculaire	x			

(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

	Oreille droite	Oreille gauche
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** (237) Hémoglobine

Hy - 88 - s/dP

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

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 :
Apte	Signature : 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**
	☐	☐	☒

(248) **commentaires, limitations :**

Apte classe 3 → 31-08-2025

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
31-08-2027	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

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 ☐	**CLASSE 2** ☐	**CLASSE 3** ☒

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **TINO SAMBA UQUESINA**

Né(e) le : 04/08/1995 à BATUCAR-CANCHUNGO… Age : …28 ANS.............

Demeurant : …SAO PAULO...

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 : 03/08/23

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

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MU/002/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - 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 Evaluateur 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.