



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** : ..... NAVIGANT .....  
**CLASSE** : ..... 1 .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ..... MR JENEGAL S.A .....  
**ADRESSE** : ..... ROUTE DU KING FAKO PLACE BAT 2 .....

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <u>GUEYE</u> Prénom : <u>OMAR</u> Nationalité : <u>JENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>13/05/1970</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ANS 24/08/2023</u> Adresse : <u>78 RUE OKN35 NAKELLES</u> Téléphone : <u>776388438</u> email : <u>OMARGUEYE@LIVE.FR</u> Profession/activité : <u>PILOTE DE LIGNE</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> 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 : 20/02/2023 Lieu : Nom du médecin : MAIDI KADUK  
 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		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	
7 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		<input checked="" type="checkbox"/>
25	Autres		<input checked="" type="checkbox"/>

**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.

Date et signature du personnel aéronautique

25/08/2023

Toutes fausses déclarations priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

⊕ Anesth. soufflé et/ou asymptom. suivi - RAS  
 ⊖ Hypocœmie O.G. suivi.



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 : OUMAR

Date de naissance  
(JJ/MM/AAAA): 13/05/1970  
Lieu de naissance : DAKAR

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm 187	(203) Poids kg 128	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 128	Diastolique 71		
						Pulsations 62	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, tympanes, 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  
 (216): Sangh Sytolic 128, RA bon, Tension artérielle, sans Hémocrite 33 ans, Pilote A330, ancien Saoudia, sur div. Senegal depuis 3 ans, Marié, 2 enfants, sans AECOs pulmonaires, en 13EG, opht 2, Tauxe = 0, Hct = 0, psychisme bon, SS en F10, asy-tomotypa essani et Baisse auditive BF (4000) et P'DG ch.

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			
		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	Corrigée à			/	
Œil gauche sans correction	Corrigée à			/	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à			/	
(230) Vision intermédiaire					
N14 lu à 100cm					
Œil droit				/	
Œil gauche				/	
Vision binoculaire				/	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0				
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			25/08/2013	/	
(239) Audiogramme			25/08/2013	/	
(240) Examen Ophtalmologique			25/08/2013	/	
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins			25/08/2013	/	
(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  Sans correction  Avec correction

Œil gauche  Sans correction  Avec correction

Vision binoculaire  Sans correction  Avec correction

(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 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
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'examineur

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Gly = 130 g/l

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 checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations : Port contact optique. (239) Hypocauxémie ob. dans les lents de normales Apté classe 1 → 88-09-024

(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

05-09-2023

Dr Patrick CORREA  
3, Av. des Ambassadeurs  
DAKAR SENEGAL

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 :

*Apté*

**Dr Patrick CORREA**  
Signature  
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
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cachet et signature

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

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam  
Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 478 67 67

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015  
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé des Universités de Montpellier  
et de Besançon

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : h0825241 Prélèvement du : 25.08.2023

Patient né le 13.05.1970 - 53 ans

☆ Préservons l'environnement : résultats recto/verso ☆

Monsieur GUEYE Oumar

Docteur CORREA Patrick

## BIOCHIMIE

		Valeurs de référence	Antériorités
Cholestérol total	=	1,92 g/l	(inf. à 2,00)
(BXL200/Siemens)		4,97 mmol/l	

☞ Consensus ARCOL (adultes) : souhaitable < 2,00 g/l  
limite 2,00-2,39 g/l  
élevé > 2,40 g/l

Cholestérol H.D.L.	=	0,56 g/l	(0,40-0,60)
(BXL200/Siemens)		1,45 mmol/l	

Rapport Chol. Total/H.D.L.	=	3,43	(inf. à 4,90)
----------------------------	---	------	---------------

Cholestérol V.L.D.L. (calculé)	=	0,13 g/l	(inf. à 0,28)
		0,33 mmol/l	

Cholestérol L.D.L. (calculé)	=	1,23 g/l	(0,90-1,58)
(Formule de Friedewald)		3,19 mmol/l	

Cette formule n'est applicable que pour les Triglycérides < 3,50 g/l

☞ Rapport Cholestérol total/HDL-c, facteur de risque  
< 3,43 ..... demi-moyenne  
3,43-4,97 ..... moyenne  
4,97-9,55 .... double de la moyenne  
9,55-23,40 ... triple de la moyenne

Triglycérides	=	0,64 g/l	(inf. à 1,50)
(BXL200/Siemens)		0,72 mmol/l	

Dr J.LAYOUSSE

MEILLEURS SENTIMENTS

le 25.08.2023 à 14h23

Page n° 1/2 Tournez S.V.P. ↻

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **OUMAR GUEYE**

Né(e) le : **13/05/1970** à DAKAR Age : ... **53 ANS**.....

Demeurant : **...78 RUE OKM 35 MAMELLES**.....

**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 : **25/08/23**

Limite de validité : **29/02/24** Durée de validité : **6 MOIS**.....

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

**PORT DE VERRES OBLIGATOIRE**

**Signature et cachet**

  
**Dr Patrick CORREA**  
 Médecine Aéronautique  
**SN-MED-004**  
 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 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.*