

 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 :

CLASSE : 3

NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA

ADRESSE : cite ASECNA YOFF 115

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

<p>Nom : <u>NDIAYE</u></p> <p>Prénom : <u>MEISSA</u></p> <p>Nationalité : <u>SENEGALAIS</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M</p> <p>Né(e) le : <u>17/09/85</u> à : <u>Saint-Louis (SENEGAL)</u></p> <p>Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 07/09/2023</u></p> <p>Adresse : <u>cite ASECNA YOFF</u></p> <p>Téléphone : <u>784923722</u> email : <u>meissandiaye2005@gmail.com</u></p> <p>Profession/activité : <u>Contrôleur aérien</u></p> <p>Situation de famille : <u>Marié</u></p>	<p style="text-align: center;">Activité(s) pratiques</p> <p><input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur</p> <p><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon</p> <p><input type="checkbox"/> Autres précisez : _____</p> <p>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)</p> <p>Aérodrome : _____</p> <p>Activités aériennes antérieures : _____</p> <p>Heures de vol : _____</p>
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : 12/09/2019 Lieu : _____ Nom du médecin : DR O.BA NDIAYE

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		<u>α</u>
2		<u>α</u>
3		<u>α</u>
4		<u>α</u>
5		<u>α</u>
6		<u>α</u>
7		<u>α</u>
8	<u>α.</u>	<u>α</u>
9		<u>α</u>
10		<u>α</u>
11		<u>α</u>
12	<u>α.</u>	<u>α</u>
13	<u>α.</u>	

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<u>α</u>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<u>α</u>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<u>α</u>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<u>α</u>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<u>α</u>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<u>α</u>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<u>α</u>
21	Consommez-vous de l'alcool ?		<u>α</u>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<u>α</u>	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<u>α</u>
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
07/09/2023



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

- Hospitalisation Dec 2022 - Natiou vertiges - suivi - , recouvrement - ***



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 : *WABAYE* Prénoms : *MEISSA* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *17/09/1985*
Lieu de naissance : *SAINTE-LOUIS*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>73</i> cm	(203) Poids <i>187</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : <i>105</i> Diastolique : <i>65</i>	(207) Pouls au repos Pulsations : <i>58</i> 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	<i>1</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>1</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>1</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>1</i>		(220) système génito-urinaire	<i>1</i>
(211) Oreilles, tympans, compli- ance tympanique	<i>1</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>1</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>1</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>1</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>1</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>1</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>1</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>1</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>1</i>		(225) Psychiatrie	<i>1</i>
(216) Cœur	<i>1</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>1</i>
(217) Système vasculaire	<i>1</i>		(227) Etat général	<i>1</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
*Contusion Avion. 38 ans, Naive 3 enfants. Stress chronique xxx. Note on elapso (2011) = 100%
Tabe
Actif
Soin = 100%*
Plainte - De articulation chronique surci ; vertige chronique surci.

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	
		t	

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

Œil droit sans correction	Corrigée à	<i>10</i>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<i>10</i>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<i>10</i>	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit		<i>1</i>	
Œil gauche		<i>1</i>	
Vison binoculaire		<i>1</i>	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<i>07-09-2017</i>	<i>1</i>	
(239) Audiogramme		<i>07-09-2017</i>	<i>1</i>	
(240) Examen Ophthalmologique				
(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			2	
Œil gauche			2	
Vision binoculaire			2	
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

D: mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<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 :
<i>Apte</i>	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

Remis pour une évaluation complémentaire

(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"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

dans l'affirmative, indiquer: *Bilan vertige*

Le destinataire :

Le motif :

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

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 :

(236) Fonction respiratoire	(237) Hémoglobine	
VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	<i>13,6</i> (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"/>
		<i>Age = 0,96</i>

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :
*Pour l'entretien aptitude Bilan vertige = EEG, Spirométrie - RAS.
Surveillance vertige xxx (TNI = 1 an) Apte classe 3 -> 30-05-2023*

(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
15-05-2023

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

Cachet et signature



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 : **MEISSA NDIAYE**

Né(e) le : **17/09/1985** à SAINT LOUIS... Age : **...37 ANS**.....

Demeurant : **...CITE ASECNA YOFF**.....

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 : **07/09/23**

Limite de validité : **30/09/24** Durée de validité : **... 1 AN**

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.



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

Dr AISSA O. SA NDIAYE
Médecin - Commandant
Médecin - Examinateur
de l'Aéronautique
DSA / CENPA

Je soussigné, Docteur :

Titulaire de l'agrément n : SN-MED-21

Certifie que Monsieur Meïssa NDIAYE

Né(e) le : 17 septembre 1985 à Saint Louis Age : 34 ans

Demeurant : Cité ASEANA Yoff

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 : 12/03/19

Limite de validité : 30/09/23 Durée de validité : 48 mois

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : AUCUNES

Signature et cachet
Dr AISSA O. SA NDIAYE
Médecin - Commandant
Médecin - Examinateur
de l'Aéronautique
DSA / CENPA

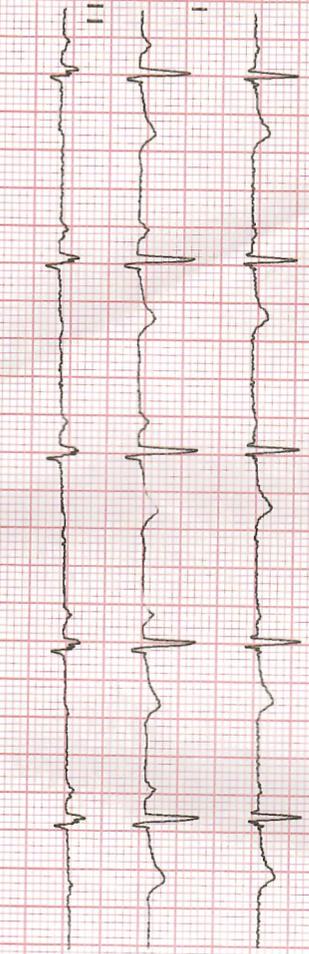
Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

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.

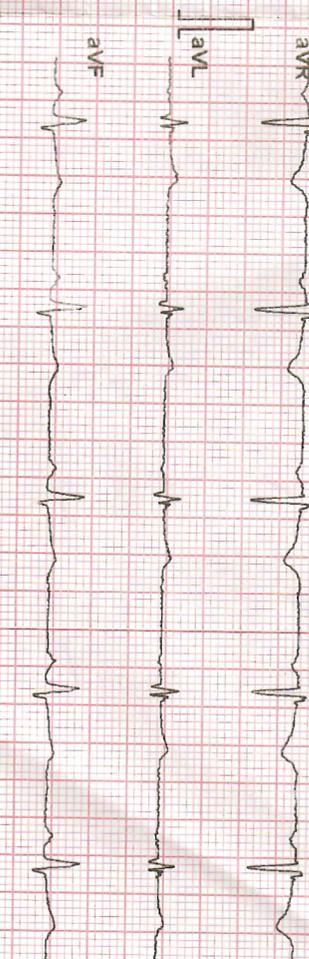
BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW-4.75.0000
Aut

07/09/2023 09:33:57

25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1.5s



HR = 61

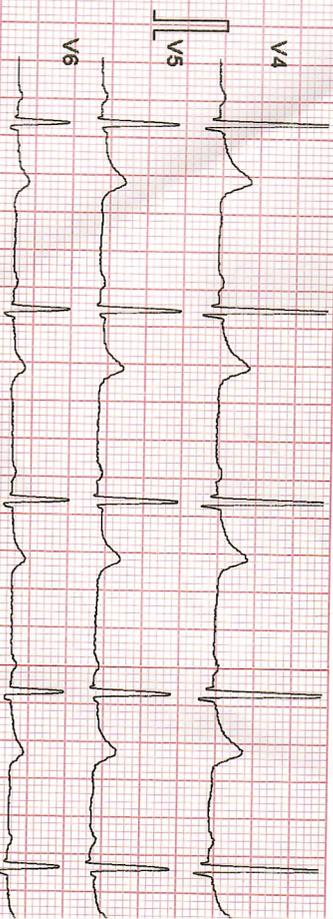


HR = 61



CE 0107

HR = 61



CE 0107

S	R	S'	T+	T-	ST	STs [uV/s]	SF	61 1/min
-131	-	-	216	-	25	315	RR	982 ms
-160	-	-	227	-	22	533	P	102 ms
-148	-	-	44	-	-13	195	QRS	104 ms
-666	153	-	-	.221	-15	-437	PQ	154 ms
-160	-	-	102	-	12	89	QT	428 ms
-574	-	-	122	-	-5	363	QTc	431 ms
-396	-	-	205	-	94	241	axis P	71°
-95	-	-	714	-	158	1168	axis QRS	47°
-184	-	-	436	-	112	448	axis T	31°
-	-	-	433	-	43	627		
-	-	-	332	-	67	98		
-106	-	-	180	-	3	317		



ECG DANS DES LIMITES NORMALES
RYTHME SINUSAL

27-05-2023

Moussa Ndongo