

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>	Date d'application : 10/09/2018	Page 1 sur 1

**TYPE DE PERSONNEL :** Controlleur Aérien (Aéronautique)  
**CLASSE :** 3  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ASECNA  
**ADRESSE :** Représentation Aéroport Yoff

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

Nom : <u>MBOUP</u> Prénom : <u>FALILLOU</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>26 / 11 / 1989</u> à : <u>Guediawaye</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>07-09-2023 - AMS</u> Adresse : <u>N°163 B Ate Millionnaire</u> Téléphone : <u>77-227-65-63</u> email : <u>falloulegrand@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>Controlleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marier</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input 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 : 19/09/2019 Lieu : UHO 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	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"/>

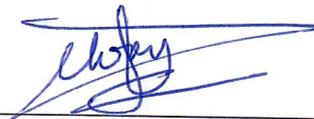
Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil	<input checked="" type="checkbox"/>	
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention 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) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
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 ?		
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

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) :

Faire Asthme  
M. Thié endocardite habituel.



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 : **MBOUR** Prénoms : **FALLLOU** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **26-11-1989** Lieu de naissance : **GUEMIWAYE**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>185</b> cm	(203) Poids <b>90</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <b>120</b>	Diastolique <b>70</b>	

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)	
(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 ayant chaque commentaire  
**Contacter médecin. 3 Jan. (2012). sans sympt.**

*Tabereco  
Ade-ppt  
pitt  
pant-ak.*

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	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>			
(230) Vision intermédiaire				
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<b>07-09-2012</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			<b>07-09-2012</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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 type="checkbox"/>			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

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

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

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

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Hg (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>141</i>
		<i>Glyc = 679</i>

(248) commentaires, limitations :

*Apte classe 3 -> 30-09-2017*

(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

*07-09-2017*

Nom et adresse du médecin agréé

**Dr Patrick CORREA**  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

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

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<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>	<b>Dr Patrick CORREA</b> Médecine Aérospatiale 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

 <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 <b>1 sur 1</b>

<b>CATEGORIES</b>		
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 : **FALILLOU MBOUP**

Né(e) le : **26/11/1989** à **GUEDIWAYE...** Age : **...33 ANS.....**

Demeurant : **...N°163 B CITE MILLIONNAIRE.....**

**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 : **30/09/25** Durée de validité : **... 2 ANS .....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

**PORT DE VERRES OBLIGATOIRE**

**Signature et cachet**

*(Signature)*  
**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.*

BTL-08 SD3 DIAG 3032 FW:4750000  
AUT

07/09/2023 09:55:53

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



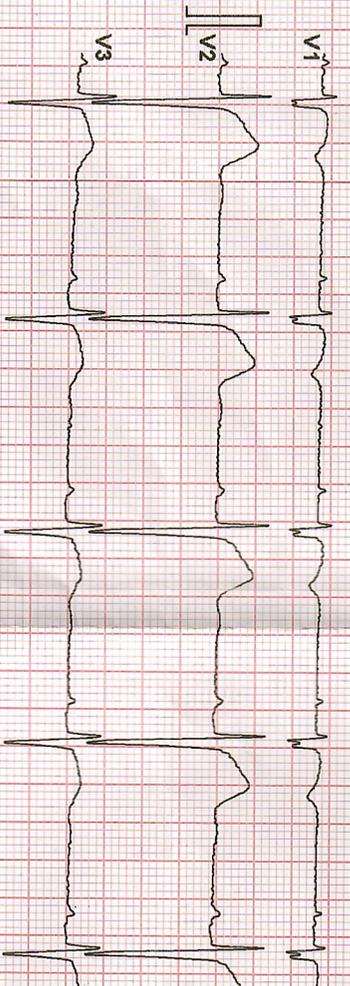
HR = 53



CE 6107

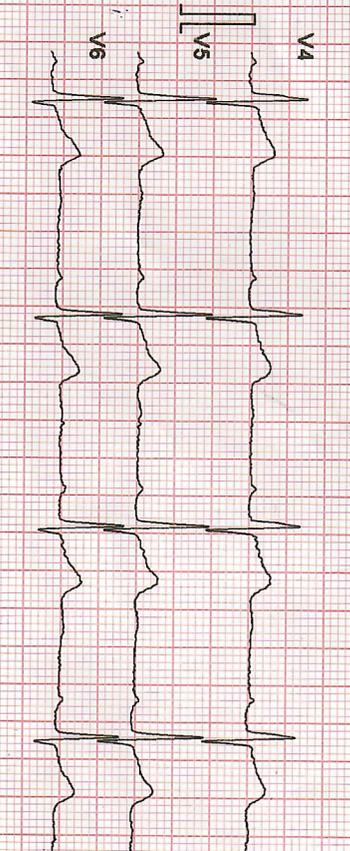
CE 007

HR = 33



HR = 33

CE 007



[uV]	P <sub>a</sub>	P	Q	R	S	R	S	T <sub>a</sub>	T	ST	STs [uV/s]
I	88	-	-	357	-280	-	-	263	-	21	676
II	89	-	-	516	-460	-	-	222	-	20	604
III	-	-45	-	164	-306	-	-	-	-	0	-33
aVR	58	-86	-440	356	-73	-	-	-	-42	-24	-642
aVL	44	-	-44	160	-367	-	-	152	-	13	329
aVF	77	-	-	340	-340	-	-	93	-	10	262
V1	94	-	-	165	-340	-	-	152	-	41	151
V2	94	-	-	672	-1689	-	-	505	-105	147	1807
V3	64	-	-79	327	-1062	-	-	77	-	102	1137
V4	78	-	-	758	-609	-	-	309	-	96	647
V5	70	-	-	1061	-452	-	-	317	-	35	961
V6	78	-	-	923	-308	-	-	312	-	21	697

SF 54 1/min  
 RR 1112 ms  
 P 160 ms  
 QRS 116 ms  
 PQ 170 ms  
 QT 170 ms  
 QTc 412 ms  
 axis P 390 ms  
 axis QRS -2°  
 axis T -9°  
 23°

DEVIATION/AXE GAUCHE  
 EXAGGERATION/ENDE PL  
 ECG NORMAL  
 RYTHME SINUSAL



F. R. B. B. M. P. sup  
 02-09-2003

# Pure tone audiometry



Patient **FALILLOU MBOUP**

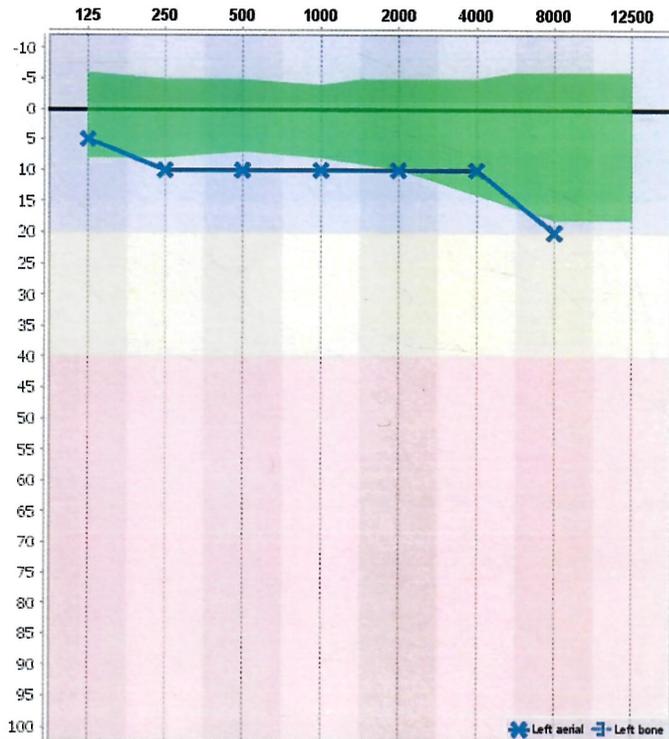
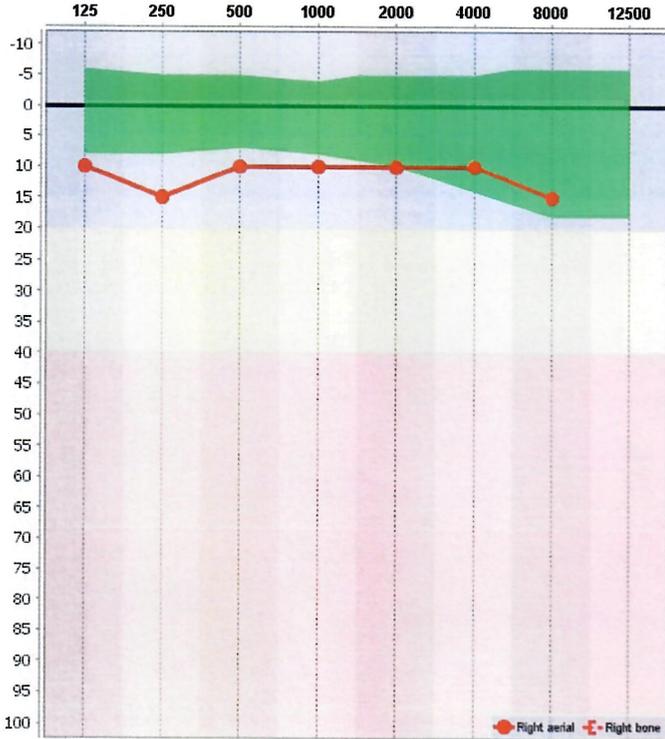
Date of Birth **26 Nov 1989**

Measurement date **07/09/2023 09:59:02**

Operator :PATRICK CORREA

**Right**

**Left**



	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz
<b>Left :</b>	10 dB	10 dB	10 dB	N/C	10 dB	N/C	20 dB
<b>Result: 1+2+3+4+6</b>	Total = N/C						
<b>Unilateral Result: 1+2+3+4</b>	(A)	Total = N/C					
<b>Rapid Hearing Loss: 3+4+6 (compare to previous result; refer &gt;=30dB differ.)</b>				Total = N/C			
<b>Right :</b>	10 dB	10 dB	10 dB	N/C	10 dB	N/C	15 dB
<b>Result: 1+2+3+4+6</b>	Total = N/C						
<b>Unilateral Result: 1+2+3+4</b>	(B)	Total = N/C					
<b>Rapid Hearing Loss: 3+4+6 (compare to previous result; refer &gt;=30dB differ.)</b>				Total = N/C			
<b>Difference between (A) &amp; (B)</b>	N/C	>40dB is a unilateral loss (needs referral for any unknown issues)					
<b>Result Category:</b>	Right = N/C			Left = N/C			
<b>HSE Categorisation</b>	N/C						

Notes

Device used for the measurement  
 Device : OtoWin  
 S/N : 20605 - 014  
 Firmware : : 1.2.0e  
 Hardware : elios3  
 Stimulator : DD45 HI  
 Calibration date : 02/03/2020