

 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

TYPE DE PERSONNEL : *Pilote*
CLASSE : *2*
NOM DE L'EMPLOYEUR :
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <i>Gadasi</i> Prénom : <i>OR</i> Nationalité : <i>ISRAELIEN</i> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <i>05/04/86</i> à : <i>ISRAEL</i> Lieu et date de l'examen médical : <i>AMS, 25-02-2016</i> Adresse : <i>Virage</i> Téléphone : <i>78-38-17-17</i> email : Profession/activité : <i>chef de projet</i> Situation de famille : <i>célibataire</i>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <i>Iba geye</i> 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 : *29/02/2014* Lieu : *AMS* Nom du médecin : *DR. CORREA*

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 »				Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		OUI	NON				
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒	14	Troubles du sommeil		☒
2	Taux de cholestérol élevé		☒	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
3	Maladie respiratoire		☒	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
4	Maladies de l'estomac		☒	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
5	Maladies du foie		☒	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
6	Diabète		☒	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
7	Maladies rénales		☒	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
8	Maladies articulaires et du dos		☒	21	Consommez-vous de l'alcool ?	☒	
9	Maladie thyroïdienne		☒	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		☒	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒	Pour les candidates :			
12	Vertiges, pertes de connaissance		☒	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
13	Migraines		☒	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 textes 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

[Signature] *25-02-16*

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

 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 : GADASI		Prénoms : OR		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 05/04/86		Lieu de naissance : ISRAEL	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 183 cm	(203) Poids 77 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 108	Diastolique 71	Pulsations 70
							Rythme ☐ irrégulier ☒ 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, tympans, 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 Avantager Secrétaire. 33 ans. Poids 0.85t. Tabac = 0. Ale = acc. Plante = 0. III = 0. Sport = surf.					

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			
Œil droit sans correction	16	Corrigée à		Glucose	0	Protéines	0
Œil gauche sans correction	16	Corrigée à		Sang	0	Autres	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		Rapport annexés		Non réalisé	Date
(230) Vision intermédiaire				Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non		
Œil droit		☒					
Œil gauche		☒					
Vision binoculaire		☒					
				(238) ECG		05-02 2016 ☒	
				(239) Audiogramme		05-02 2016 ☒	
				(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	☒			
Œil gauche	☒			
Vision binoculaire	☒			
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☐	
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

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 :

(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
	☒	☐	☐

(313) Perception des couleurs Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 40	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'examineur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

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

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐
		14,3 Glc = 1,02

(248) commentaires, limitations :

Apte classe 2 -> 30-06-2017

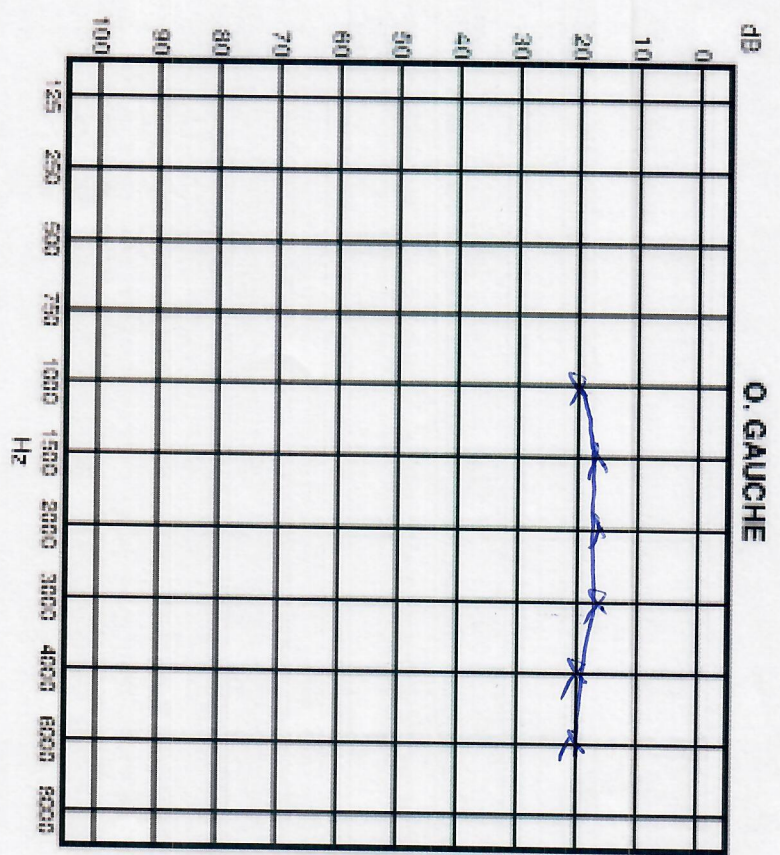
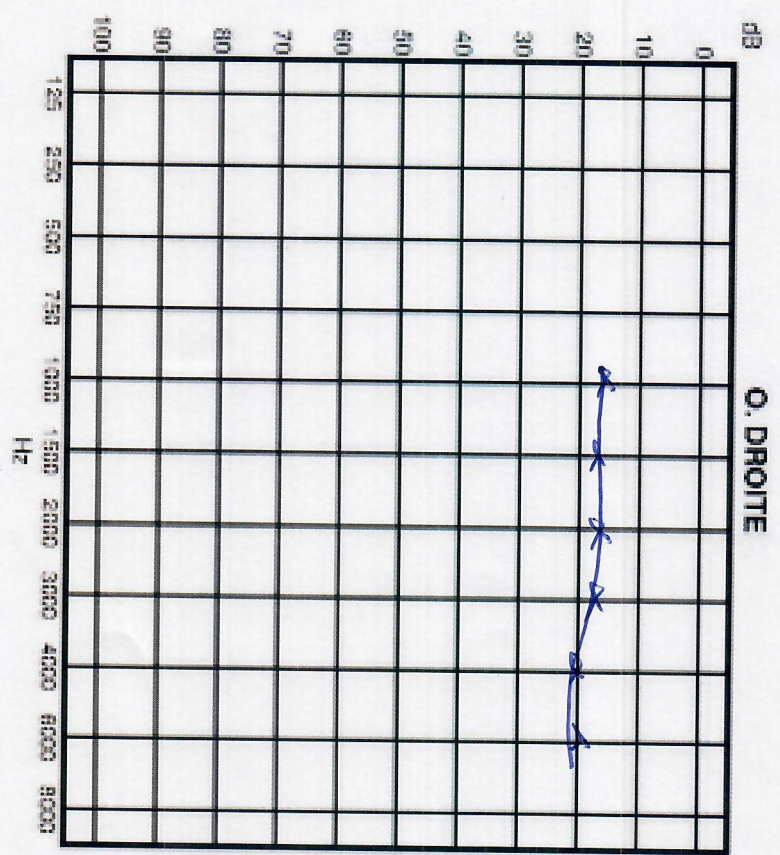
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

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	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
--------------------	--	--

AUDIOGRAMME

Date : 25-02-26
Nom : GAMST
Prénom : OR
Date de Naissance : 05-04-1986



 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 : **OR GADASI**

Né(e) le : **05/04/1986** à ISRAEL Age : **39 ANS**

Demeurant : **YOFF VIRAGE**

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 : **25/02/26**

Limite de validité : **30/04/27** Durée de validité : **...1 AN**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet


Dr Patrick CORREA
 Médecin 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.