

 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 : Pilote
CLASSE : II
NOM DE L'EMPLOYEUR : (BANQUE MONDIALE (IFL))
ADRESSE : RUE AIMÉ LESLIRE, FANUS

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>KUHN</u> Prénom : <u>PHILIPP</u> Nationalité : <u>ALLEMAGNE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>04 / 09 / 1982</u> à : <u>BRÜHL, ALLEMAGNE</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>DAKAR 18.04.2024</u> Adresse : <u>RUE AIME LESAIRE X IMPASEFN 18, RUE FALBZ</u> <u>DAKAR</u> Téléphone : <u>78-589-34 46</u> email : <u>phkuhn@live.com</u> Profession/activité : <u>RESPONSABLE DE GOUVERNANCE, BANQUE MONDIALE</u> Situation de famille : <u>CELIBATAIRE</u>	Activité(s) pratiques <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 : <u>AERODROM IBA QUEYE</u> Activités aériennes antérieures : <u>o</u> Heures de vol : <u>o</u>
---	--

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

Si OUI : Date : / / Lieu :

Nom du médecin :

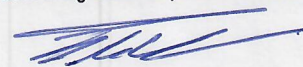
Vous avez été déclaré : ☐ Apte ☐ Inapte

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 »				Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON	14	Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>	21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :			
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>	25	Autres		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines		<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.
 Toutes fausses déclarations 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


18.04.2024

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

@ Père - cardiaque @ Amygdalectomie dans enfle @ Tble vision couleur
 @ Mère - cardiaque @ Opér chirurgie réparatrice nez (2002)



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 : **KUHN**

Prénoms : **PHILIPP**

Date de naissance
(JJ/MM/AAAA): **04.09.1982**

Lieu de naissance : **BRÜHL, ALLEMAGNE**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 173 cm	(203) Poids 98 kg	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 131 Diastolique 82	(207) Pouls au repos Pulsations 69 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	<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, tympanes, 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 avant chaque commentaire

Causale dat. EP, maturation Hobby; Causale coeur; fondation ischémique
Tabac = excl. Alcool = excl. Sport = 2x3x1seu. III = 0.

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		Corrigée à	NO
Œil gauche sans correction		Corrigée à	NO
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	NO
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit			9
Œil gauche			9
Vision binoculaire			9.

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			18-06-2014	1	
(239) Audiogramme			18-06-2014	1.	
(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					
Vison binoculaire					
(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	

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques 20
Nombre de tables présentées 20
Type ISHIHARA
Nombre d'erreurs 23.

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(si 239/241 non réalisé)

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	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)	14,3 (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 :

(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.

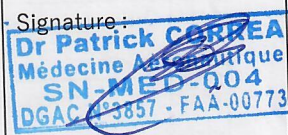
(250) Lieu et date

Nom et adresse du médecin agréé

Cachet et signature

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>Dr. ussein</i> <i>Caulers</i> <i>Evaluation</i>	Signature : 

(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 : *ophthalmo.*

Le motif : *Dr ussein caulers.*

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 type="checkbox"/>

Nom : Kuba

Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Numéro Tél. :

Poids : 98

Taille 173

T.A 132-87/59

Pouls.....

Urines..... Pp: 83 HG: 143

Avec —

ob = 10

ob = 10

7/10 20

2h. 7/20

chp e k

dit avoir un
problème à distin-
guer le Rouge
et le Vert

