



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 : *PNC*

CLASSE : *2*

NOM DE L'EMPLOYEUR : *TRANSAIR*

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <i>TALL</i> Prénom : <i>FATIMATA</i> Nationalité : <i>Mauritanienne</i> Né(e) le : <i>26/05/1996</i> à : <i>TEYARET</i> Lieu et date de l'examen médical : <i>04 septembre 2018 AMS</i> Adresse : <i>DAKAR</i> Téléphone : <i>775-01-06</i> email : <i>fatimataff.101@gmail.com</i> Profession/activité : <i>PNC</i> Situation de famille : <i>Marquée</i>	Activité(s) pratiques <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : <i>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)</i> 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 : *20/06/2013* Lieu : *DAKAR* Nom du médecin : *Niâïg EL HADJI MALICK*

Vous avez été déclaré : Apté Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précisons 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 Oeil : choc, maladies, troubles visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	
12 Vertiges, pertes de connaissance	<input checked="" type="checkbox"/>	
13 Migraines		

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

Toute 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

04/09/2018 *[Signature]*

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



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : TALL

Prénoms : FATIMATIA

Date de naissance
(JJ/MM/AAAA): 26/05/1986
Lieu de naissance : TÉYARET / Mayotane

(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 177	(203) Poids kg 52	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 118		(207) Pouls au repos Diastolique 67 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	X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	X	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	X		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	X	
(210) Nez, sinus	X		(220) système génito-urinaire	X	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	X		(221) Système endocrinien, thyroïde	X	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	X		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	X	
(213) Yeux - pupilles	X		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	X	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	X		(224) Examen neurologique- réflexes etc	X	
(215) Poumons, thorax, seins	X		(225) Psychiatrie	X	
(216) Cœur	X		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	X	
(217) Système vasculaire	X		(227) Etat général	X	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item ayant chaque commentaire

PNC Transvaal 28 ans Non en, pas à fait, dégen ORL, vertige, Avenir clair, pas de mal de tête

Tête = O
Abdo = O
Génit = O
Memb = O

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/Contac
t

Œil droit sans correction	X	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	X	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	X	Corrigée à		

(230) Vision intermédiaire

Sans correction Avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	X			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		01/09/15		X

(239) Audiogramme		01/09/15		X
-------------------	--	----------	--	---

(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
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 checked="" type="checkbox"/>
Type :		Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe
			Ajouter
(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>

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
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Audiométrie éventuelle			
Hz	500	1000	2000
Oreille droite			
Oreille gauche			

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
Glyc. O ₂ 84			
VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	

(248) commentaires, limitations : NF8 = RAS. Faire NFS. ImaoG - Appel dans 2 → 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.			

Lieu et date 10-09-2017	Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet et signature Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique 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 am Apté Hb.	
Signature : Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	

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

<input type="checkbox"/> APTE pour la classe :
<input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :
<input checked="" type="checkbox"/> Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :
Le destinataire : NFS.
Le motif : Hb = 16,2.

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

(248) commentaires, limitations : NF8 = RAS. Faire NFS. ImaoG - Appel dans 2 → 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.			
Lieu et date 10-09-2017	Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet et signature Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	



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 :

FATIMATA TALL

Né(e) le : 26/05/1996

à TEYARET Age : 29 ANS.....

Demeurant : DAKAR.....

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : 04/09/25

Limite de validité : 30/09/27

Durée de validité : ...2 ANS.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet

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

Un navigant doit cesser d'exercer les priviléges 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 priviléges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluateur 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 susmentionnée.