



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 : 9

NOM DE L'EMPLOYEUR : TRANSATR

ADRESSE : _____

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>KALCA</u> Prénom : <u>MARGUERITE BETTY</u> Nationalité : <u>SENÉGALAISE</u> Né(e) le : <u>29/10/1998</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS ou 09/10/2018</u> Adresse : <u>Mamelle aviation</u> Téléphone : <u>78 594 61 95</u> email : <u>Kalbamarguerite.betty@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PNC</u> Situation de famille : <u>Célibataire</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 : _____ 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 : 31/03/2013 Lieu : USM Nom du médecin : El Hadji Abdoulaye Niang

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 précisant sur les réponses « OUI »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		X
2 Taux de cholestérol élevé	X	
3 Maladie respiratoire	X	
4 Maladies de l'estomac		X
5 Maladies du foie	X	
6 Diabète		X
7 Maladies rénales		XX
8 Maladies articulaires et du dos		XX
9 Maladie thyroïdienne		X
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		XX
11 Oeil : choc, maladies, troubles visuels	X	
12 Vertiges, pertes de connaissance		X
13 Migraines	X	

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.

Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		X
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18 Êtes-vous un consommateur de tabac ?		X
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21 Consommez-vous de l'alcool ?		X
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	X	
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		X
25 Autres		X

Date et signature du personnel aéronautique

09/10/2018

Annotations du médecin-examineur 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 : KALLA

Prénoms :

MARGUERITE
BETTY

Date de naissance
(JJ/MM/AAAA):

22/10/1988

Lieu de naissance :

DAKAR

(201) Catégorie
d'examen
 Initial
 Prorogation
 Renouvellement
 Recours spécial

(202) Taille
1,69 cm

(203)
Poids
66 kg

(204) Yeux
couleur
NOIR

(205) Cheveux
couleur
NOIR

(206) Tension artérielle
(assis)
mmHg

Systolique
121

Diastolique
83

Pulsations
83

Rythme
 irrégulier
 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 avant chaque commentaire

*PNL Trousoir 27 ns Celib, sans enfant, motrice Tâche = 0
Rythme bon, Post Correcte optique -
Sphère ok Nuit = 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/Contac
t

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
(238) ECG	<i>ok/ok</i>			
(239) Audiogramme	<i>ok/ok</i>			
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

Œil droit sans correction

S

Corrigée
à

Œil gauche sans correction

S

Corrigée
à

Vision binoculaire, sans
correction

F

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



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 checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Type :		Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe
			Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

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	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
		Glycémie : 0.87	

VEMS/CV % Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Peak Flow (l/min) Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	(g/dl) Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> 10.8
---	---	--

(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 :
	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 :

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

Adjoint

Nom : KALLA
Prénom : MARGUERITE BETTY
Date de Naissance : 29/10/1998
Lieu de Naissance : DAKAR
Numéro Tél. : 78 524 61 95
Poids : 66 1kg *Audios G = N*
Taille : 1,69 *ECG = N*
T.A : 191 / 83
Pouls : 93
Uries : O. Gly 0.87 Hg 10.8

sans c/

OD : 5

OG : 5

ay : 7

ISh : 18

nt : OK

chip : OK

VISION de loin

Cel. 85

Cycle regul

Regul N battu