

 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 : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : Aéroclub Iba Gueye
ADRESSE : Dakar / Sénégal

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>KA</u> Prénom : <u>FALLOU</u> Nationalité : <u>Sénégalais</u> Né(e) le : <u>20/10/1982</u> Sexe : ☐ F ☒ M à : <u>Patrick</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : Téléphone : <u>00221777443573</u> email : <u>lofka@yaho.com</u> Profession/activité : <u>Aviateur</u> <u>fabu ka.aviateur@gmail.com</u> Situation de famille : <u>Marié</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☒ Autres précisez : <u>ANACIM ; ADS</u> Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>Iba Gueye</u> 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 : 04/06/2018 Lieu : AMS/Dakar Nom du médecin : DR Patrick Carea
 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 »

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

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
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 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

le 18/05/2019 la et approuvé
KA

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

16-15 Rx - Trouut avant main B. & D -
Plante.

 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 : KA	Prénoms : FALLOUS	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 20/01/82 Lieu de naissance : Fatick
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 177 cm	(203) Poids 72 kg
	(204) Yeux couleur N	(205) Cheveux couleur N
	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 100 Diastolique 70	
	(207) Pouls au repos 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				

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	10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui Non	Oui Non
Œil droit			
Œil gauche			
Vison binoculaire			

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal Anormal
(238) ECG			28-05-19	X
(239) Audiogramme			29-05-19	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

N5 lu à 30 - 50cm

Sans correction Avec correction

Oui Non Oui Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui ☐

Non ☒

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☒

Type :

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

6

Type ISHIHARA

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	15	05	15	15	15	10
Oreille gauche	15	10	10	15	20	30

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

VEMS/CV

%

Peak Flow

(l/min)

13 (g/dl)

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☐

Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

Olycéur = 1,15.

(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

Dakar. 29-05-19.

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3 Av Ambassadeur Fann.

Cachet et signature



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 :

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

Classe 2

Classe 3

☐

☒

☐



Signature du Titulaire:
Signature of holder

Ka

Nom : **KA**
Last name :
Prénoms : **FALLOU**
First name of holder :
Date de naissance : **20 JANVIER 1982**
State of delivery :
Nationalité : **SÉNÉGALAIS**
Nationality :
Adresse : **SCAT-VRSAM C 12**
Address :
Délivrée le **20 MARS 2019**
Issued the

La présente carte N° **1929/19** est valable jusqu'au
This card **26 MARS 2021**
..... sous réserve du maintien
of physical and mental fitness subject to the maintenance

Date de l'examen médical Date of the medical examination	Valable jusqu'au Valid until	Cachet PEL PEL Stamp
04 JUN 2018	30 JUN 2019	ALACH Contrôle PEL

Observations :
Remarks

Signature de l'Autorité
Sign of the authority



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam
Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge
PHARMACIEN BIOLOGISTE
Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : d0528220 Prélèvement du : 28.05.2019
Patient né le 20.01.1982 - 37 ans

☆ Préservons l'environnement : résultats recto/verso ☆

Docteur CORREA Patrick

Monsieur KA Fallou

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (Micros-Pentra60/ABX) Valeurs de référence Antériorités

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges	=	4,78 Millions/mm ³	(4,20-5,70)
Hémoglobine	=	13,0 g/100ml	(14,0-17,0)
Hématocrite	=	38,6 %	(40,0-52,0)
Volume globulaire (V.G.M.)	=	81 µ ³	(80-95)
Charge (T.G.M.H.)	=	27 pg	(28-32)
Concentration (C.C.M.H.)	=	34 %	(30-35)
Plaquettes	=	205.000 /mm ³	(150000-450000)
Volume plaquettaire moyen	=	8,2 fl	(6,5-11,0)
Globules blancs	=	3.100 /mm ³	(4000-10000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles	=	44,7 % soit	1386 /mm ³	(2000-7000)
Polynucléaires éosinophiles	=	2,1 % soit	65 /mm ³	(100-400)
Polynucléaires basophiles	=	0,6 % soit	19 /mm ³	(0-150)
Lymphocytes	=	45,9 % soit	1423 /mm ³	(1500-4000)
Monocytes	=	6,7 % soit	208 /mm ³	(200-800)

BIOCHIMIE

Glycémie à jeun
(Lisa200/Hycel)

= 1,15 g/l
6,4 mmol/l

Valeurs de référence Antériorités
(0,70-1,10)

Dr C. HUSSEINI

 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 :

Titulaire de l'agrément n :

Certifie que M :

FALLOU KA

Né(e) le : 20/01/1982

à **FATICK**

Age : 37 ANS

Demeurant : **SCAT URBAM 12/C**

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.

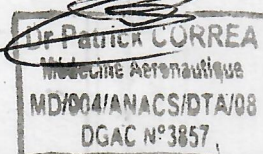
Date de l'examen : 28/05/19

Limite de validité : **31/05/21**

Durée de validité : **2 ANS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



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.

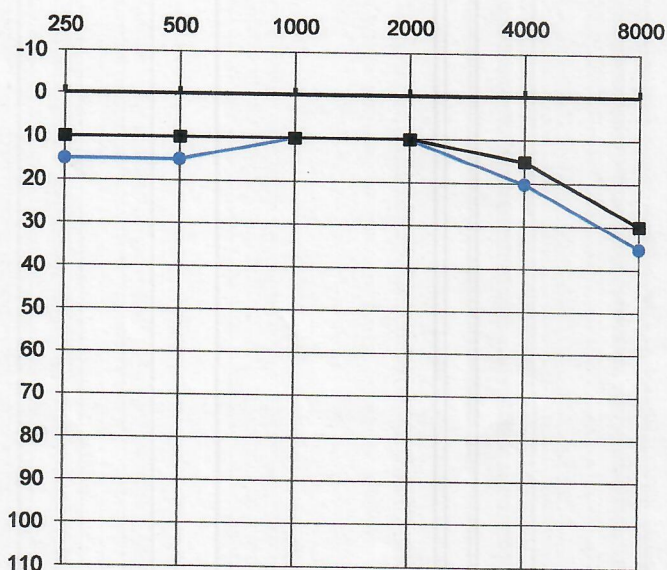
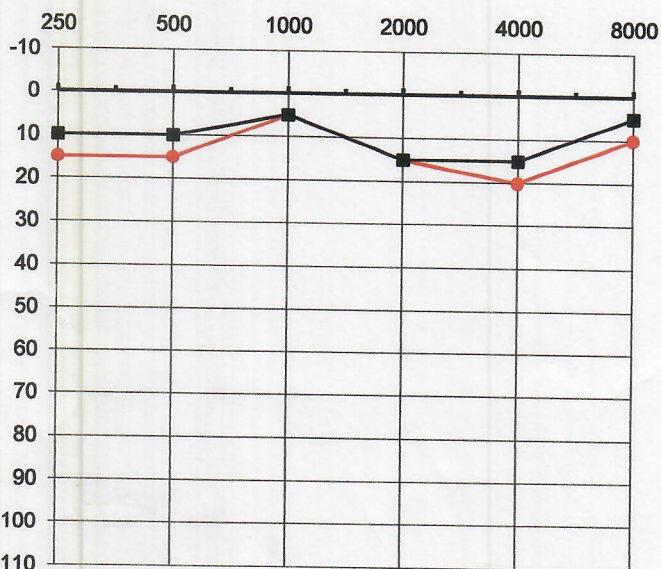
Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.

le 29/5/2019

KA Fallou
37 ans

Docteur Pascal GIUDICELLI
221 33 860 94 94

OD - Audiogramme - OG



Perte	OD	OG
moyenne	14	14

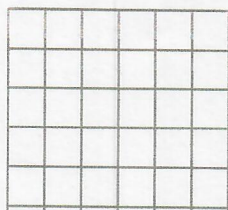
WEBER	250	500	1000	2000	4000	8000
front	0	↕↕↕↕	↕↕↕↕	↕↕↕↕	←←←←	←←←←

RS ipsi	droit
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

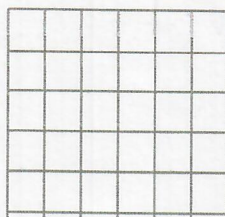
tympano	droite	gauche
VCA en ml	0	0
POM	0	0
CS en ml	0	0
Ampl en daf	0	0

RS ipsi	gauche
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



assourdissement CL

AUDIOGRAMME TONAL: mini aspect cuillère droit; tendance à baisse sur les aigus à gauche