

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>	Date d'application : 10/09/2018	Page <b>1 sur 1</b>

**TYPE DE PERSONNEL** : Pilote

**CLASSE** : 1

**NOM DE L'EMPLOYEUR** : Air Senegal SA

**ADRESSE** : 98 Scat Urbam Maristes

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <u>Ba</u> Prénom : <u>Ousmane</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> . Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>09/12/1968</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS le 17/09/2018</u> Adresse : <u>98 Scat Urbam Maristes</u>  Téléphone : <u>77 520 7146</u> email : <u>OUSNERS@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Pilote de ligne</u> . Situation de famille : <u>Célibataire</u> .	<b>Activité(s) pratiques</b> <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 : 03/04/2015 Lieu : AMS Nom du médecin : Correa.

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		✓
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 informé que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes 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

17/09/2018

M. B. T

Annotations du médecin-examinateur 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 : BA	Prénoms : Ousmane				Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 09/12/2025		
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 126		(207) Pouls au repos Pulsations 91 Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier
					Diastolique 86.		

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	<i>ORL. AS30. Aïn Seysel. SA 86 ans. Draveu enflé. Toux râpeuse. Allergie. III = 0.</i>				

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		Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10	

(230) Vision intermédiaire

Sans correction      Avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			1	
Œil gauche			1	
Vision binoculaire			1	

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapport annexés Non réalisé Date Normal Anormal

(238) ECG 17-06-2017 a.

(239) Audiogramme

(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				<i>q'</i>	
Œil gauche				<i>q'</i>	
Vison binoculaire				<i>d.</i>	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <i>A</i>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>			

Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>		Nombre d'erreurs <i>0</i>

(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"/>		
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	11,3 (g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	<i>Ges = 9,</i>

(248) commentaires, limitations : <i>Sur canule aérienne</i>						
---	--	--	--	--	--	--

(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 <i>17-06-2015</i>		Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr PATRICK CORREA 3, AV. DES AMBASSADES DAKAR SENEGAL</i>	Cachet et signature <i>Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773</i>
---	--	---	--

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>Hpt</i>	<i>Patrick CORREA</i> Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

APTE pour la classe :	<input type="checkbox"/>
INAPTE pour la classe :	<input type="checkbox"/>
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 checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations : <i>Sur canule aérienne</i>			
Hpt clerc 1 → 31-03-2026			



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 : **OUSMANE BA**.....

Né(e) le : **09/12/1968** à DAKAR Age : **...56 ANS**.....

Demeurant : .....**SCAT URBAM MARISTE**.....

**REPOND**..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

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 : **17/09/25**

Limite de validité : **31/03/26** Durée de validité : **6 MOIS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

### PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

### Signature et cachet



*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.*