



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 : Contrôleur

CLASSE : 3

NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA BISSAU

ADRESSE : ASECNA BISSAU

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

<p>Nom : <u>Mandim</u> Prénom : <u>Silva</u> Nationalité : <u>Guinéenne</u> Né(e) le : <u>10/05/1970</u> à : <u>Bula</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>06/08/2025 AMS</u> Adresse : <u>ASECNA</u> Téléphone : <u>245 95 555 24 69</u> email : <u>silva.mandim5@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur</u> Situation de famille :</p>	<p>Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M</p> <p>Activité(s) pratiques</p> <p><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)</p> <p>Aérodrome :</p> <p>Activités aériennes antérieures : Heures de vol :</p>
---	---

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

Si OUI : Date : 16/04/2024 Lieu : AMS Nom du médecin : Dr. Patric 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 précisions 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	<input checked="" type="checkbox"/>	
Répondez aux questions suivantes :		
14 Troubles du sommeil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Êtes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Autres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 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

06/08/2025

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

6 et 19 : Rétine 100%
22 : FRC



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : Manding	Prénoms : Silva	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 10/05/1970				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm 174	(203) Poids kg 82	(204) Yeux couleur Vert	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 128 / 78	(207) Pouls au repos Systolique Diastolique Pulsations Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input type="checkbox"/> régulier 64

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	
(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
Corbeau NSCNM Bisson, 55 ans, Noste Gout, Diabète et PVC, Tabac = 0 Alcool = 0 Sport + Nuit / Nefurine 1000

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine

Normale **o** anormale **□**

(229) (de loin à 5m/6m en dixième			Lunettes/Contac t	
Œil droit sans correction		Corrigée à		
Œil gauche sans correction		Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction		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
o	o	o	
Rapport annexés	Non réali sé	Date	Nor mal
(238) ECG	o	06/08/25	X
(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				<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 :	
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		Nombre d'erreurs

(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 <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			
<i>Oxy = 0,85 -</i>					
VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)			
Normal <input 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"/>	<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"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Nom : Sylvia

Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Numéro Tél. :

Poids : 92

Taille 174

T.A 128-78164

Pouls.....

Urinés Gly 85 Hb. 12,4

Ave-c-

Netsum 1000.

08:9

08:5

24:9

18:20

chp:ok