



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>Bissau Guinéen</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>265 95 55 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><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 :</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	Œil : 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 :		
	OUI	NON
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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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

06/08/2025

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

6 et 19 : Refusé 1000
22 : PRC.



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : Maridou		Prénoms : S. IVO		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 10/05/1982	
Lieu de naissance :					
(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 64

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

*Cérebral MSCTA Bissau, 55ans, Nuit éveillée, Diabète ju
er PVC, Tabac = 0 Alcool = 0 Sputum + Nécessité de faire uriner 1000ml*

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Œil gauche sans correction		Corrigée à	<input checked="" type="checkbox"/>
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	<input checked="" type="checkbox"/>
(230) Vision intermédiaire		Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm		Oui	Non
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal
(238) ECG		06/08/2015	<input checked="" type="checkbox"/>
(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
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 20 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 Oui
Non Non

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Oxy = 0,85 -

VEMS/CV %	Peak 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 type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :

*Part au certificat qd'mm
Résultat ce gau... Bilan HES & deux pochette T11 3 mois.*

(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
Dr PATRICK CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature
Dr PATRICK CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

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 :
<i>Pnt</i>	<i>Dr PATRICK CORREA</i>
	Signature : 
	Dr PATRICK CORREA Médecine 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 :

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

*Part au certificat qd'mm
Résultat ce gau... Bilan HES & deux pochette T11 3 mois.*

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
Dr PATRICK CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature
Dr PATRICK CORREA
Médecine 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

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input checked="" type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **SILVA MANDIM**.....

Né(e) le : **10/05/1970** à BULA... Age : **55 ANS**.....

Demeurant : **ASECNA BISSAU**.....

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 : **06/08/25**

Limite de validité : **06/11/25** Durée de validité : **...3 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 desdits priviléges.

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