



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : SAGNA		Prénoms : CYRIL ELOI CHOU LENIT		Date de naissance (JJ/MM/AAAA):						
						Lieu de naissance :				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm 185	(203) Poids kg 65	(204) Yeux couleur Dark brown	(205) Cheveux couleur Dark brown	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 136 / 84		(207) Pouls au repos Systolique 136 Diastolique 84 Pulsations 84 Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier			
Examen clinique : Cochez chaque item					normal	anormal			normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu			2		(218) Abdomen, hernie, foie, rate			+		
(209) Cavité bucale, gorge, dents			+		(219) Anus, rectum (si nécessaire)			+		
(210) Nez, sinus			2		(220) système génito-urinaire			+		
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique			2		(221) Système endocrinien, thyroïde			+		
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels			2		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations			+		
(213) Yeux - pupilles			2		(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			2		
(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/Contac
t

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	0

Rapport annexés Non réalisée Date Normal Anormal

(238) ECG **22/01/18** **+**

(239) Audiogramme

(240) Examen Ophtalmologique

(241) Examen ORL

(242) Lipides sanguins

(243) Fonctions respiratoires

(320) Tonométrie G :

Œil droit sans correction		Corrigée à	g	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	g	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	g	

(230) Vision intermédiaire Sans correction Avec correction

N14 lu à 100cm Oui Non Oui Non

Œil droit Oui Non **+**

Œil gauche Oui Non **+**

Vision binoculaire Oui Non **+**



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 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 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 <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						

VEMS/CV %	Peak 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 : SAGNA
Prénom : CYRIL ELOI ADOOL EXIT
Date de Naissance : 28/03/2003
Lieu de Naissance : DAKAR
Numéro Tél. : 774003110
Poids : 65
Taille 195
T.A 136/84
Pouls 84
Uries 6

~~CEDAR FADE~~
Piper Sonatina

206289057390
Avec G. 40,25 = 6 cb

03:9

06:9

07:9

10:9
CP: 1k