

 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 : SAGNA	Prénoms : CYRIL ELZI CACU LEMIT	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 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 185	(203) Poids kg 65
	(204) Yeux couleur Dark brown	(205) Cheveux couleur Dark brown
	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 136 Diastolique 84	
	(207) Pouls au repos Pulsations 84 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier	

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	Corrigée à	9
Œil gauche sans correction	Corrigée à	9
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	9
(230) Vision intermédiaire		
Sans correction		Avec correction
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0	0	
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal Anormal
			22/01/18	<input checked="" type="checkbox"/>
(238) ECG				
(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

N5 lu à 30 – 50cm

Sans correction
Avec correction
Oui Non Oui Non

Oeil droit

Oeil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui ☒ Non ☐

Type :

réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui ☐ Non ☐

Type :

(313) Perception des couleurs

Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées 20

Type ISHIIHARA

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

Oreille
gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

VEMS/CV

%

Normal ☐ Anormal ☐

Peak Flow
(l/min)

Normal ☐ Anormal ☐

(g/dl)

Normal ☐ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

(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

Nom et adresse du médecin agréé

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

☐

☐

☐

Nom : SAGNA

Prénom : CYRIL ELOI CAOL EXIT

Date de Naissance : 28/03/2003

Lieu de Naissance : DAKAR

Numéro Tél. : 774003110

Poids : 65

Taille : 1.95

T.A. : 136/84

Pouls : 84

Urines : 0

~~CEDNA F186~~
Pipe Sorolaga

206289057390

Avec G.

+0,25 = 6 ch

ob. 9

ob. 9

27. 9

Isk. 20

Ch. 24