



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 :** CONTROLEUR

**CLASSE :** 3

**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ASECNA - BISSAU

**ADRESSE :** .....

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>NANHASSÉ</u> Prénom : <u>BODA</u> Nationalité : <u>BISSAU GUINÉE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>15/10/1979</u> à : <u>BUBA (G. BISSAU)</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>06/08/2025 AMS</u> Adresse : <u>ASECNA - BISSAU</u> <u>+245 96 660 88 44</u> Téléphone : _____ email : <u>nanhasseboda@gmail.com</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR DE LA C. AÉRIENNE</u> Situation de famille : <u>SEULATAIRE</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input 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 : 16/07/2024 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 :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
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 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.

Date et signature du personnel aéronautique

06/08/2025

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

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

1 : Episodi d'HTA quand fatigé. 22 . Prc  
2 : Occasionnel, sans excès.



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 : <b>NANHASSE'</b>		Prénoms : <b>BODA</b>		Date de naissance (jj/MM/AAAA): <b>15/10/1974</b>					
(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 <b>177</b>	(203) Poids kg <b>73</b>	(204) Yeux couleur <b>Doré</b>	(205) Cheveux couleur <b>Natr</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg <b>134 74</b>		(207) Pouls au repos Systolique Diastolique Pulsations Rythme <b>68</b> <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									
<i>Ctrp ASNCMA Prossen Stans 180cm GE, sans ATCD Particulier PVC, Psysclis en bon. Tolérance à l'alcool = Spont +. Nodot =</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	<b>10</b>	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	<b>10</b>	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	<b>10</b>	
(230) Vision intermédiaire			Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm			Oui	Non
Œil droit			<b>10</b>	
Œil gauche			<b>10</b>	
Vision binoculaire			<b>10</b>	

(236) Rapport annexés	Glucose <input checked="" type="checkbox"/>	Protéines <input type="checkbox"/>	Sang <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Rapport réalisés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(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		Sans correction	Avec correction
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non
		<i>10</i>	
Œil droit			
Œil gauche			
Vison binoculaire			
(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
(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" 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)			
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Oreille droite	Oreille gauche
		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Audiométrie éventuelle			
Hz	500	1000	2000
Oreille droite			
Oreille gauche			

### (236) Fonction respiratoire

### (237) Hémoglobine

*Oxy : 97% - Hb -*

VEMS/CV %	Peack 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 :

### (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	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom : .....

Prénom : ..... Béda .....

Date de Naissance : .....

Lieu de Naissance : .....

Numéro Tél. : .....

Poids : 73 .....

Taille ..... 171 .....

T.A 134 - 74 / 68 .....

Pouls.....

Urinés R&g: 74 Hb: 91,4

Avec L.

ob: 10

of: 10

ey: 10

Ir: 80

chf: 20