



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 :** PILOTE

**CLASSE :** 1

**NOM DE L'EMPLOYEUR :** FREELANCE

**ADRESSE :** DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : DIEDHIOU  
Prénom : FAYEL  
Nationalité : SENEGAL  
Né(e) le : 01/02/80 à : DAKAR  
Lieu et date de l'examen médical :  
Adresse : CITR SIRRIS N° 6  
Téléphone : 773901361 email : fayel.diedhiou@gmail.com  
Profession/activité : INGÉNIER  
Situation de famille : MARIÉ

#### Activité(s) pratiques

- Avion  Planeur  
 Hélicoptère  Ballon  
 Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)

Aérodrome : ARKOCHEB IBIAWYE

Activités aériennes antérieures : Heures de vol : 979 h

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

Si OUI : Date : 02/06/25 Lieu : DAKAR Nom du médecin : DR 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 Êtes-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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
25 Autres	<input checked="" 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 tests en vigueur.

Date et signature du personnel aéronautique

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-examinateur agréé, précisions sur les réponses «OUI» (reporter le n° de l'item) :  
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 27/10/2018



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>DIEDAICOU</b>	Prénoms : <b>FABER</b>		Date de naissance <b>01/02/80</b> (jj/MM/AAAA): Lieu de naissance : <b>DAKAR</b>				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille  <b>192</b> cm	(203) Poids  <b>807</b> kg	(204) Yeux couleur  <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur  <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg  <b>114</b> Systolique <b>82</b> Diastolique		(207) Pouls au repos  <b>59</b> Pulsations      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	<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>Homme 65 ans P.P., instructeur, SEP ingénieur, Donc 3 enfants Taux de sucre = 0 Néf 20 - Spéc + -</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	<b>N</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>N</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>N</b>	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>
Œil droit	<b>X</b>		
Œil gauche	<b>X</b>		
Vision binoculaire	<b>X</b>		

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<b>O</b>	<b>e</b>	<b>O</b>		
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<b>07/06/15</b>	<b>X</b>	
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>		SN-SEC-MED-FORM-02-A
	<b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b>		Date d'application : 10/06/2017

(231) de près		Sans correction	Avec correction
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non
Œil droit		X	
Œil gauche		X	
Vison binoculaire		X	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :		Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe
			Ajouter

(313) Perception des couleurs      Normale X      Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées	20
	Nombre d'erreurs P

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui X	Oui X
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui X	Oui X
	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

#### Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire      (237) Hémoglobine

Glyc. 0,80

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

Nom : DIEDHICHE  
Prénom : FADEL  
Date de Naissance : 21/01/80  
Lieu de Naissance : DAIRY  
Numéro Tél. : 77390-1366  
Poids : 107 kg  
Taille : 192 cm  
T.A. : 114.189  
Pouls. : 59

urines, O Gly, 0.90 Hg 10.1

BP 5606 Dakar-Fann - Tel./Fax : 33 824 26 71