

RÉPUBLIQUE DU CONGO
AGENCE NATIONALE DE L'AVIATION CIVILE



**FORMULAIRE DE RAPPORT D'EXAMEN
MEDICAL**

Réf. : F-DSA-3230-PEL

	Nom	Fonction	Date	Visa
Rédaction	MONTOLE INGOBA Chancelvie	Bureau Médecine Aéronautique	08 AOÛT 2025	
	BOLENGA Alexis Fortuné			
Vérification	BOLANZI MALALOU Guylène	Chef de Service Personnel Aéronautique et Aéromédecine	08 AOÛT 2025	 
	MOTOLY Michel Arcadius	Directeur de la Sécurité Aérienne		
Validation	MAKAYA BATCHI Boris	Directeur Général Adjoint, p.i.	08 AOÛT 2025	
Approbation	DZOTA Florent Serge	Directeur Général de l'ANAC	08 AOÛT 2025	

Édition 02 – Août 2025

Niveau de diffusion : ☒ Interne ☒ Externe ☐ Confidentiel



FORMULAIRE DE RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Page : 1 sur 4

Révision : 01

Date : Août 2025

RESERVE AUX MEDECINS EXAMINATEURS AGREES CONFIDENTIEL MEDICAL

Noms :				Date et lieu de naissance :			
Prénoms :				N° de licence :			
Tel :				(207) Pouls au repos			
(201) Catégorie d'examen		(205) Couleur des cheveux		(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos	
☐ Initiale	☐ Renouvellement	(202) Taille Cm	(203) Poids Kg	(204) Couleur des yeux	Systolique	Diastolique	Pulsations (Bpm)
☐ Prorogation	☐ Recours spécial						Rythme ☐ Régulier ☐ Irrégulier
Examen clinique : Cochez chaque item				Normal			
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu				(218) Abdomen, hernie, foie, rate			
(209) Cavité buccale, 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 visuel				(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations			
(213) Yeux- Pupilles				(223) Colonne vertébrale et appareil musculo squelettique			
(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			
(227) Note : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire							

Acuité visuelle (ne remplir qu'après les examens approfondis)

(229) vision de loin (6m)

Lunettes/Contact

Œil droit sans correction

Œil gauche sans correction

Vision binoculaire, sans correction

Corrigée à

Corrigée à

Corrigée à

(234) Audition (ne remplir qu'après les examens approfondis) (si 239/241 non réalisé)

Tests de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Oreille droite

Oreille gauche

(230) Vision intermédiaire N14 lu à 100 cm

Sans correction

Avec correction

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(236) Fonction respiratoire

VEMS/CV %

Peak Flow (l/min)

☐ Normal

☐ Anormal

☐ Normal

☐ Anormal

(237) Hémoglobine g/dl

☐ Normal

☐ Anormal

(246) Lunettes

☐ Oui

☐ Non

Type :

Réfraction

Œil

Œil

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(247) Lentilles de contact

☐ Oui

☐ Non

Type :

Rapports annexés

(238) ECG

(239) Audiogramme

(240) Examen Ophtalmologique

(241) Examen ORL

(242) Lipides sanguins

(243) Fonction respiratoire

(320) Tonométrie G D mm Hg

(244) Divers (Sujet)

Non réalisé

Date

F-DSA-3230-PEL

Siège social : Rue de la libération de Paris - Camp Clairon - BP 128 Brazzaville République du CONGO

Tél : + (242) 22 281 02 27Fax : + (242) 22 281 02 27/ - www.anaccongo.cg - info@anaccongo.cg

Edition 02



FORMULAIRE DE RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Page : 3 sur 4

Révision : 01

Date : Août 2025

(245) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées : Nombre d'erreurs :

(246) Audiométrie éventuelle

HZ	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(247) Décision du médecin examinateur

- ☐ APTÉ pour la classe
☐ INAPTE pour la classe
☐ Remis pour 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 remis au candidat

Décision N° : Du.....

Libellé :

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	☐	☐	☐

République du Congo Agence Nationale de l'Aviation Civile 	FORMULAIRE DE RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL	Page : 4 sur 4 Révision : 01 Date : Août 2025
---	---	--

(248) Commentaires, limitations :

(249) Déclaration du médecin examinateur		
Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le candidat mentionné ci-dessus et que le rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.		
(250) date :	Nom du médecin examinateur :	Cachet du médecin examinateur et signature
Et lieu :		
.....	N° d'agrément ANAC :	

A adresser, sous pli fermé au SPAA de l'Agence Nationale de l'Aviation Civile.