

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Je soussigné, ABDOU Ydessa Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné cliniquement et biologiquement

Mr-Mme-Mlle FIRMIN France Jimmy

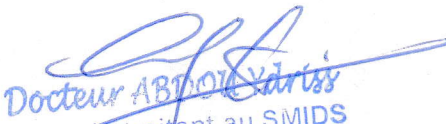
Employé(e) VOROMILINA F. Fataherana

Et constate que l'intéressé(e) est : ☒ APTE ☐ INAPTE

au poste de conducteur

Fait à Antananarivo Le 30/01/26

Le Médecin traitant.


Docteur ABDOU Ydessa
Médecin traitant au SMIDS
ONM: 0311 21 31 420 7828

1- RENSEIGNEMENTS SUR LE CHAUFFEUR (à Compléter par le chauffeur)

Nom et prénoms 1	Date de naissance	Age	Sexe	☐ Embauche ☐ Rectification ☐ Complémentaire	☐ te de l'examen
Adresse	Téléphone personnel	☐ No du Licence du chauffeur			

2- ANTECEDENTS MEDICAUX (à Completer en presence du médecin ou d'un infirmier)

	OUI - NON		OUI- NON		OUI- NON
Accidents/maladie dans les 5 dernières années.	☒ ☐ <i>Avril 2026. Gastralgie.</i>	Pneumopathie	☐ ☒	Perte de Connaissance	☐ ☒
Traumatisme cranien, Maladie cérébrale	☐ ☒	Emphysème		Absence	
Epilepsie	☐ ☒	Asthme			
☐ Médicaments:.....		Bronchite chronique			
Problème/trouble De la vision	☐ ☒	Néphropathie	☐ ☒	Trouble du sommeil	☐ ☒
		Dialyse		Insuffisance Du sommeil	
Cardiopathie ou attaque cardiaque	☐ ☒	Hépatopathie	☐ ☒	Trouble de la tonicité et de la motricité, Paralyse	☐ ☒
Maladie du système Vasculaire		Problème Digestive	☒ ☐ <i>Gastralgie chronique.</i>		
☐ Médicaments:.....		Diabète	☐ ☒	Amputation de membres,orteils, Doigts	☐ ☒
Chirurgie cardiaque By-pass,anioplasties)	☐ ☒	Controles par			
		☐ Régime			
Hypertension artérielle	☐ ☒ <i>NON.</i>	☐ Comprimé			
☐ Médicaments:.....		☐ Insuline			
Problème respiratoire	☐ ☒	Problème Neuro-psychiatrique	☐ ☒	Maladie ou Accident de la colonne vertébrale	
		Ex:dépression			
		☐ Médicaments			
		Trouble Hématologique	☐ ☒	Lombalgie Chronique	☐ ☒
		Allergies	☒ ☐ <i>alimentaire: crevette médicament: Néant.</i>	Fréquence et régularité de prise d'alcool	☐ ☒
				Habitude sur la prise de drogue	☐ ☒
				☐ Type de drogue:	

☐ Pour toute réponse OUI,préciser:la date,le diagnostic,le médecin traitant(avec adresse)

☒ Lister tous les médicaments pris régulièrement et récemment.

OMEPRAZOLE 20mg

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et exacts.Je suis conscient que l'inexactitude ou les fausses informations peuvent avoir des conséquences sur la conduite des examens du Médecin examinateur et sur le conclusion du certificat.

Signature du chauffeur:.....Date:.....

COMMENTAIRE DU MEDECIN EXAMINATEUR:

EXAMEN MEDICAL (à compléter par le Médecin examinateur)					
3-VISION					
Acuité	Sans correction	Avec correction	Champ Visuel Horizontal		
Œil Droit	10/10	—	Bon		
Œil Gauche	10/10	—	Bon		
Apte à reconnaître et à distinguer plusieurs panneaux de signalisation et les couleurs ROUGE, VERT et ORANGE.			Bon		
Vision Monoculaire			Bon		
La personne a l'acuité requise			☐ Seulement avec verres correctives	☒ Sans verres correctives	
Vision de nuit (quand c'est applicable)					
4- AUDITION					
Distance d'une personne ou la voix chuchotée est audible			oreille droite	oreille Gauche	
			1m/m	1m/m	
Cas où l'audiomètre est utilisé. Veuillez attacher les résultats.					
5-PRESSION ARTERIELLE/PULSATION					
Tension Artérielle			systolique	Diastolique	
			12	07	
Pulsation: 72/mn			☐ Régulier	☐ Irrégulier	
6-EXAMENS DE LABORATOIRE ET TESTS					
URINES	Spécifiques granulations	Proteine	Sang	Sucre	
		—	—	101 mg/dL	
Si présence de protéine, sang ou sucre dans les urines, des problèmes médicaux sont à détecter					
7- TEST DE DROGUE					
Non fait					
8- GAMMA GT					
Non fait					

Autres tests conduits (décrire le test et enregistrer les résultats et commentaires)

.....

.....

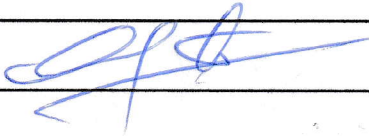
.....

9-EXAMEN PHYSIQUE				
La présence d'anomalie physique ne disqualifie pas tout de suite le chauffeur si ces anomalies sont adéquatement contrôlées, sont remédiables à partir d'un traitement ou n'ont aucun effet sur l'exécution de son travail ou ne sont pas source de danger pour lui ou autrui. Le Médecin peut différer l'aptitude à la conduite temporairement, s'il faut compléter les analyses ou tests et ou autres contrôles. Le chauffeur doit être avisé des étapes à suivre pour corriger rapidement les anomalies et les points qui pourraient handicaper dans sa fonction de chauffeur ou des maladies sérieuses qui peuvent affecter son aptitude à conduire un véhicule. Toute anomalie détectée doit être revue et décrite comme ci-après. Indiquez aussi les remarques qui peuvent affecter son habileté dans la conduite sécurisée d'un camion citerne.				
TAILLE	POIDS	IMC		
1,75	65 kg	21 (Bon)		
Partie du corps	Partie à examiner	N	A	Commentaires
1. Apparence générale	Surpoids, mouvements involontaires, démarche, déformation, volume anormal, Signes. d'alcoolisme ou d'imprégnation à la drogue	BON		
2- Yeux	Dilatation pupillaire, réaction à la lumière réflexe.	BON		
	D'accommodation, mobilité oculaire, réflexe des paupières, nystagmus, fundus, exophtalmie.	Ø exophtalmie mobilité normale Ø Nystagmus		
3. oreilles	Blessure de la membrane tympanique, Perforation Tympanique, obturation du conduit externe.	Tympan intact Conduit A. Ext Normal		

4- Bouche et gorge	Anomalies qui interfèrent sur la respiration ou déglutition.	Rien à signaler		
5- Cœur	Bruits anormaux surajouté, gros cœur	Rien à signaler		
6- Poumons et thorax	Expansion thoracique anormale, Fréquence respiration, bruits anormaux, ronchi, crépitations, tous ceux qui gênent la respiration, cyanose.	Poumon libre sonorité normale		
7- Abdomen et viscères	Gros foie, grosse rate, volume anormal, bruits anormaux, hernies.	Rien à signaler		
8- Système vasculaire	Pulsation anormale, bruit de la carotide et des artères, varices.	Pas de varice		
9- Système génito-urinaire.	Hernies	Deptm hernie libre		
10- Extrémités	Amputation ou handicap des pieds jambes, bras, mains, orteils et phalanges. Déformation; atrophie, baisse de la motricité, paralysie, œdème. Insuffisance de la mobilité ou de la force des chevilles pour appuyer normalement sur les pédales.	Ø déformation. Ø paralysie Ø douleur au à cheville.		
11- Colonne vertébrale et système musculo-squelettique	Intervention chirurgicale, déformation, limitation des réflexes, atonie.	Herniographie faite en 2018.		
12- Neurologie	Trouble de l'équilibre, coordination du langage, réflexes tendineux asymétriques, sensibilité ou position anormale, ataxie, Babinski anormal.	Rien à signaler		
13- Peau		Tatoage 5-10cm. Ø Prostate		

EVALUATION:

- ☒ Apte pour travailler, Sans aucune restrictions
- ☐ Apte à travailler mais avec des contrôles périodiques tous les.....
- Chauffeur qualifié seulement pour
- ☐ 3 mois
- ☐ 6 mois
- ☐ 1 an
- ☐ autres
- ☐ Temporairement disqualifié (condition ou traitement):.....
- ☐ Revoir le Médecin examinateur pour compléter:.....
- ☐ INAPTE

DECLARATION DE L'EXAMINATEUR	DECLARATION DE L'EMPLOYE
Je soussigné, certifie avoir examiné la personne mentionnée en haut et rapporte ma conclusion sur les examens et tests. Les résultats et les remarques qui sont sortis ont été discutés avec l'employé.	Je soussigné, déclare que les tests et conclusion sur mes examens ont été discutés avec moi. J'accepte aussi à ce que les recommandations qui y sont sorties concernant mon aptitude au travail soient transmises à mon superviseur ou au service de recrutement.
Nom de l'examineur: <i>Abdou Ydine</i>	Nom:
Qualifications <i>Prévu de Travail</i>	Date:
Tél, N° <i>03240 28080</i>	
Signature 	signature de l'employé

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION SUR L'EXAMEN MEDICAL

(Cette copie est à envoyer à l'employeur)

EVALUATION:

Apte pour travailler, sans aucune restrictions

Apte à travailler mais avec des contrôles périodiques tous

les.....

☐ 3 mois

☐ 6 mois

☐ 1 an

☐ autres

☐ Temporairement disqualifié (Condition ou traitement):.....

☐ Revoir le Médecin examinateur pour compléter:.....

☐ INAPTE

Docteur ABDOU YAKO
Médecin traitant au SMIDS
ONM: 0311 21 31 420 7828