

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Je soussigné, ABDOU Y. S. Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné cliniquement et biologiquement,

Mr-Mme-Melle ABDOU B. BENY

Employé(e) Benarmanana Transport

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

Fait à Antananarivo Le 21/08/16

Le Médecin traitant.


Docteur ABDOU Y. S.
Médecin traitant au SMIDS
ONM: 0311 21 31 420 7828

1- RENSEIGNEMENTS SUR LE CHAUFFEUR (à Compléter par le chauffeur)					
Nom et prénoms	Date de naissance	Age	Sexe	☐ Embauche ☐ Rectification ☐ Complémentaire	☐ Date 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
Accidents/maladie dans les 5 dernières années.	☒ ☐		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
			Hépatopathie	☐ ☒	
			Problème Digestive	☐ ☒	Trouble de la tonicité et de la motricité, Paralyse
Cardiopathie ou attaque cardiaque	☐ ☒		Diabète	☐ ☒	Amputation de membres,orteils, Doigts
Maladie du système Vasculaire			Controles par		
☐ Médicaments:.....			☐ Régime		
Chirurgie cardiaque	☐ ☒		☐ Comprimé		
By-pass,anoplasties)			☐ Insuline		
			Problème Neuro-psychiatrique	☐ ☒	Maladie ou Accident de la colonne vertébrale
			Ex:dépression		
			☐ Médicaments		
Hypertension artérielle	☐ ☒		Trouble Hématologique	☐ ☒	Lombalgie Chronique
☐ Médicaments:.....					
Problème respiratoire	☐ ☒		Allergies	☐ ☒	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.					

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:

Sans danger ni maladie chronique déclarée

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		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 utilisée. Veuillez attacher les résultats.					
5-PRESSION ARTERIELLE/PULSATION					
Tension Artérielle 13/10			systolique	Diastolique	
			130	100	
Pulsation: 75...../mn			☒ Régulier	☐ Irrégulier	
6-EXAMENS DE LABORATOIRE ET TESTS					
URINES	Spécifiques granulations	Proteine: 0	Sang	Sucre 100mg/l	
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 L'handicapé 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 178	POIDS 73kg	IMC 23.			
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 sans surpoids.			
2- Yeux	Dilatation pupillaire, réaction à la lumière réflexe.	Reflexe Bon			
	D'accommodation, mobilité oculaire, réflexe des paupières, nystagmus, fundus, exophtalmie.	Bon m.			
3. oreilles	Blessure de la membrane tympanique, Perforation Tympanique, obturation du conduit externe.	Tympan Intact des deux côtés		Ø cerumen 2 otoscope	

4- Bouche et gorge	Anomalies qui interfèrent sur la respiration ou déglutition.	Saine.		
5- Cœur	Bruits anormaux surajouté, gros cœur	Regulier		
6- Poumons et thorax	Expansion thoracique anormale, Fréquence respiration, bruits anormaux, ronchi, crépitations, tous ceux qui gênent la respiration, cyanose.	Poumon libre sans râles - microscopique		
7- Abdomen et viscères	Gros foie, grosse rate, volume anormal, bruits anormaux, hernies.	Fit. 11 cm.		
8- Système vasculaire	Pulsation anormale, bruit de la carotide et des artères, varices.	RAS.		
9- Système génito-urinaire.	Hernies	RAS.		
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.	aucune déformation visible. marche correcte		
11- Colonne vertébrale et système musculo-squelettique	Intervention chirurgicale, déformation, limitation des réflexes, atonie.	RAS.		
12- Neurologie	Trouble de l'équilibre, coordination du langage, réflexes tendineux asymétriques, sensibilité ou position anormale, ataxie, Babinski anormal.	ROS normale pas de trouble de l'équilibre.		
13- Peau		RAS sans lésions		

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):.....
- ☐ Renvoyer 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 Yehia</i>	Nom:
Qualifications: <i>Bulkin de Travail</i>	Date:
Tél, N°: <i>0324027080</i>	
Signature: <i>[Signature]</i>	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 YARISS
Médecin traitant au SMIDS
ONM: 0311 21 31 420 7828