

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Je soussigné, Abdou Ydriss Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné cliniquement et biologiquement

Mr-Mme-Melle AHMED Abdoul Malek

Employé(e) Vo2omailala Transporte

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

au poste habituel sans restriction

Fait à Antananarivo Le 25/08/16

Le Médecin traitant.


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

1- RENSEIGNEMENTS SUR LE CHAUFFEUR (à Compléter par le chauffeur)					
Nom et prénoms ANMED Abdoul Maleek	Date de naissance 09/06/1994	Age 31 ans	Sexe Homme	☒ Embauche ☐ Rectification ☐ Complémentaire	☐ te de l'examen
Adresse Ambakrola lot 2KC	Téléphone personnel 032 74 295 90	☐ 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.	☒ ☐	Contrôle par février 2016	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, Paralysie
Cardiopathie ou attaque cardiaque	☐ ☒		Diabète	☐ ☒	
Maladie du système Vasculaire			Controles par		Amputation de membres,orteils, Doigts
☐ Médicaments:.....			☐ Régime		
Chirurgie cardiaque	☐ ☒		☐ Comprimé		
By-pass,anioplasties)			☐ Insuline		
			Problème Neuro-psychiatrique	☐ ☒	Maladie ou Accident de la colonne vertébrale
			Ex:dépression		Non
			☐ Médicaments		
Hypertension artérielle	☐ ☒	NON.	Trouble Hématologique	☐ ☒	Lombalgie Chronique
☐ Médicaments:.....					
Problème respiratoire	☐ ☒		Allergies	☐ ☒	Fréquence et régularité de prise d'alcool
					1-2 fois / mois
					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:

rien de particulier

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			Bon	Bon
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	12/7	systolique	125	Diastolique	70
Pulsation:.....28...../mn		☒ Régulier		☐ Irrégulier	

6-EXAMENS DE LABORATOIRE ET TESTS

URINES	Spécifiques granulations	Proteine	Sang	80mg/dl	Sucre	0
--------	--------------------------	----------	------	---------	-------	---

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		

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.

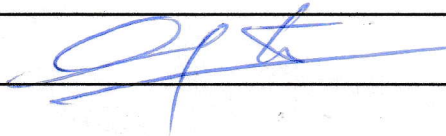
Indiquez aussi les remarques qui peuvent affecter son habileté dans la conduite sécurisée d'un camion citerne.

TAILLE	175	POIDS	67.5	IMC	24.63
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	φ mut involontaire φ déformation φ signe d'alcool			
2- Yeux	Dilatation pupillaire, réaction à la lumière réflexe.	reflexe Bon			
	D'accommodation, mobilité oculaire, réflexe des paupières, nystagmus, fundus, exophtalmie.	Pas de trouble d'accommodation des yeux			
3. oreilles	Blessure de la membrane tympanique, Perforation Tympanique, obturation du conduit externe.	Tympan D/G normale - cœ libre			

4- Bouche et gorge	Anomalies qui interfèrent sur la respiration ou déglutition.	Sèche.		
5- Cœur	Bruits anormaux surajouté, gros cœur	Pas de bruit surajouté.		
6- Poumons et thorax	Expansion thoracique anormale, Fréquence respiration, bruits anormaux, ronchi, crépitations, tous ceux qui gênent la respiration, cyanose.	Poumon libre Respiration normale		
7- Abdomen et viscères	Gros foie, grosse rate, volume anormal, bruits anormaux, hernies.	FT 12 cm.		
8- Système vasculaire	Pulsation anormale, bruit de la carotide et des artères, varices.	Pas de varice		
9- Système génito-urinaire.	Hernies	Pas de Hernie		
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.	Appareil loco-moteur normal.		
11- Colonne vertébrale et système musculo-squelettique	Intervention chirurgicale, déformation, limitation des réflexes, atonie.	Φ déformation		
12- Neurologie	Trouble de l'équilibre, coordination du langage, réflexes tendineux asymétriques, sensibilité ou position anormale, ataxie, Babinski anormal.	Pas de trouble de l'équilibre ROT vif.		
13- Peau		Pas de lésion de la peau Φ tatouage.		

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: <u>Abdou Ydine</u>	Nom:
Qualifications: <u>Médecin du Travail</u>	Date:
Tél, N° <u>032 40 270 80</u>	
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 KARIM**
Médecin traitant au SIMIDS
ONM: 0311 21 31 420 7828