



## EXAMEN D'APTITUDE MEDICALE 2017 (A partir de 45 ans)

**A REALISER OBLIGATOIREMENT PAR UN CARDIOLOGUE (de votre choix)**

NOM : _____	PRENOM : _____
	Date de naissance : ...../...../.....

Cher Confrère,

Pourriez-vous réaliser chez ce patient un électrocardiogramme de repos et un test à l'effort par paliers progressifs accompagné d'un **enregistrement l'ECG** durant l'épreuve.

Cet examen est exigé dans le cadre de la visite médicale d'aptitude à la compétition automobile pour les pilotes âgés de 45 ans et plus.

Nous attirons votre attention sur le fait que ce patient est un sportif. Il doit se conformer à la Loi anti-dopage de l'AMA-WADA.

Toute prise médicamenteuse doit être conforme au code antidopage et au besoin, faire l'objet d'une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques par le sportif lui-même.

Pour plus de facilité, veuillez effectuer le protocole au verso de cette fiche qui doit être renvoyée **accompagnée d'un extrait de l'ECG réalisé pendant l'effort** au

*Dr. Jean-Claude TELLINGS  
Commission Médicale R.A.C.B.  
avenue Blonden, 15  
4000 Liège*

Vos honoraires sont à charge directe du candidat pilote hors intervention INAMI.

En vous remerciant de votre bonne collaboration, nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'assurance de nos sentiments confraternels.

Le médecin examinateur  
(cachet, date, signature)

## TEST D'EFFORT 2017

<b>TYPE :</b>	Cycloergomètre	tapis roulant
<b>REPOS :</b>	T.A. : ...../.....mm Hg	Pouls : ...../min

**ECG de repos : rythme :** .....

**axe :** ..... **espace PQ :** .....

**onde P :** .....

**complexe QRS :** .....

**Repolarisation :** .....

**Conclusion :** .....

.....

<b>Début de charge :</b>	.....W		
<b>Fin de charge :</b>	.....W	<b>Durée du test :</b>	.....min
<b>T.A. :</b>	...../.....mm Hg	<b>Pouls :</b>	...../min

**ECG durant l'effort :**

.....

.....

**Récupération :**      **pouls à 1 min :** ...../min.

**pouls à 3 min :** ...../min.

**Trouble du rythme :**                      **non**                      -                      **oui**

**Anomalie repolarisation :**              **non**                      -                      **oui**

si oui, précisez : .....

.....

**Remarques :** .....

.....

### **Conclusion du test d'effort**

Je certifie que l'examen cardiologique réalisé ce jour chez

Monsieur / Madame.....

ne contre indique pas la conduite automobile de compétition.

**En annexe, les extraits de l'ECG.**

Date : ...../...../2017 »      Signature et cachet :