

Formulaire Médical Medisch Formulier 2018

**A REMPLIR PAR LE PILOTE
IN TE VULLEN DOOR DE PILOOT**

Nom/Naam :

Prénom/Voornaam :

Date de naissance/Geboortedatum :/...../.....

N° de licence/n° de vergunning :

Je reconnais m'être informé de la législation anti-dopage *oui - non*

Je sais que je dois vérifier le caractère non dopant des médicaments que je prends ou que je pourrais prendre *oui - non*

Je demande une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en référence aux listes AMA / WADA *oui - non*

Ik verklaar op de hoogte te zijn van de anti-doping wetgeving *ja - neen*

Ik weet dat ik, bij elk gebruik van medicatie, eerst dien te verifiëren of deze al dan niet in strijd zijn met de Anti-Doping Regelgeving van de WADA-AMA *ja - neen*

Ik vraag een toelating voor het gebruik van therapeutische middelen die zijn opgenomen in de lijst van AMA/WADA *ja - neen*

Signature pilote – Handtekening piloot

SECRET MEDICAL - MEDISCH GEHEIM

**ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE 2018
MEDISCH GETUIGSCHRIFT 2018**

ECG d'effort/EKG met inspanningstest **0 oui/ja - 0 non/neen**

Date du dernier examen

Datum van het laatste onderzoek :

Je soussigné, Dr.....

Ik, ondergetekende, Dr

déclare que le pilote

Verklaar dat de piloot

a bien subi l'examen médical réglementaire en date du

.....

zich aan het nodige medisch onderzoek onderworpen heeft op.....

et est apte – pas apte à pratiquer le sport automobile.

en geschikt – niet geschikt bevonden is om autosport te beoefenen

Signature et cachet du médecin

Handtekening en stempel van de arts

DOSSIER : RACB Sport ASAF VAS

Vue corrigée/Gezichtscorrectie : 0 oui/ja – 0 non /neen

Lunettes/Bril : 0 oui/ja – 0 non/neen

Lentilles/Lenzen : 0 oui/ja – 0 non/neen

Groupe Sanguin/Bloedgroep :Rh.....

Vaccin antitétanique (année)

Antitetanusvaccin (jaar) :

En attente :

In afwachting van

avis cardio / EKG toelating

avis ophtalmo /Oftalmo toelating

vaccin tétanos/ tetanus vaccin

Autre/ andere

Surveillance médicale/Medisch toezicht : 0 oui/ja – 0 non/neen

Lic. Handicapé/Gehandicaptенverg. : 0 oui/ja – 0 non/neen

Examen Clinique Klinisch onderzoek 2018	Nom/Naam : Prénom/Voornaam : Age/Leef tijd : Poids/Gewicht :Kg Taille/Lengte : cm
	A compléter par le médecin agréé In te vullen door de goedgekeurde arts

Appareil circulatoire/Bloedsomloop

Cœur/Hart : **Auscultation/Auscultatie** :
 Puls au repos/Hartritme in rust :/min. Tension au repos/Bloeddruk in rust :mm Hg
 Puls après effort (épreuve de Martinet, 10 genuflexions profondes)
 Hartritme na inspanningstest (proef van Martinet, 10 diepe kniebuigingen) : :/min régulier/min regelmatig

Appareil respiratoire/Ademhaling

Auscultation/Auscultatie :
 Dyspnée de repos/Dyspnoe in rust : **0 oui/ja – 0 non/neen** **Cyanose ? : 0 oui/ja – 0 non/neen**
 Cicatrice ?/Littekens : **0 oui/ja – 0 non/neen**

Abdomen

Souple/Soepel : **0 oui/ja – 0 non/neen** **Tympanique/Tympaan** : **0 oui/ja – 0 non/neen**
Cicatrice/Litteken : **0 oui/ja – 0 non/neen** **Indolore/Pijnloos** : **0 oui/ja – 0 non/neen**
Souffle/Souffle : **0 oui/ja – 0 non/neen** **Masse/Massa** : **0 oui/ja – 0 non/neen**

Articulations/Gewrichten

Existe-t-il des anomalies ? des amputations ?/Bestaan er afwijkingen of amputaties ? **0 oui/ja – 0 non/neen**
Existe-t-il des anomalies aux muscles ?/Bestaan er spierafwijkingen ? **0 oui/ja – 0 non/neen**
Existe-t-il des cicatrices ?/Zijn er littekens ? **0 oui/ja – 0 non/neen**

Colonne vertébrale/Wervelkolom

La mobilité est-elle normale/Normale mobiliteit : **0 oui/ja – 0 non/neen** **Cyphose/Kyfose** : **0 oui/ja – 0 non/neen**
Scoliose / Scoliose: **0 oui/ja – 0 non/neen** **Lordose/Lordose** : **0 oui/ja – 0 non/neen**

Système nerveux/Zenuwstelsel

Réflexes tendineux ?/Peesreflexen ? : **Cutanés ?/Huidreflexen ?** :
La marche, les yeux fermés, est-elle sûre ?/Stabiele gang met gesloten ogen ? : **0 oui/ja – 0 non/neen**
Romberg ? :

Audition/Gehoor

Ouïes normales/Normaal gehoor : **Droite/Rechts** : **0 oui/ja – 0 non/neen**
 Gauche/Links : **0 oui/ja – 0 non/neen**

Vue/Zicht

Acuité visuelle trouvée/Gezichtsscherpte :
SANS correction/ZONDER correctie : **Œil droit/Rechteroog** : /10 **Œil gauche/Linkeroog** : /10
AVEC correction/MET correctie : **Œil droit/Rechteroog** : /10 **Œil gauche/Linkeroog** : /10

Port de lunettes/Draagt bril : **0 oui/ja – 0 non/neen**
Port de lentilles de contact/Draagt contactlenzen : **0 oui/ja – 0 non/neen**

Vision des couleurs : selon test ISHIMARA **0 Normale/Normaal – 0 Anormale/Abnormaal**
 Kleurenzicht : volgens de test ISHIMARA :

Déclaration à signer par le licencié

Verklaring te ondertekenen door de vergunninghouder

Je soussigné, déclare que j'ai informé exactement le médecin quant à ma condition psychophysique et mes affectations antérieures et je m'engage à communiquer par écrit, aux Présidents des commissions médicales auprès desquelles j'ai demandé une licence, les modifications de mon état de santé .

Ik, ondergetekende, verklaar dat ik de dokter correct ingelicht heb over mijn actuele gezondheidstoestand en eventuele vroegere aandoeningen en ik neem mijn verantwoordelijkheid dat ik per brief, gericht aan de Voorzitter van de Medische Commissie aan wie ik mijn aanvraag van vergunning gericht heb, eventuele wijzigingen van mijn medische toestand .

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Handtekening (voorafgegaan door de melding " gelezen en goedgekeurd")

Fait à / Gedaan te :

le / op :/...../ 2018

Signature et cachet du médecin

Handtekening en stempel van de arts