

SECRET MEDICAL FORMULAIRE MEDICAL 2020

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tel./GSM :	
E-mail :	

Je reconnais m'être informé de la législation anti-dopage	O oui O non
Je sais que je dois vérifier le caractère non dopant des médicaments que je prends	O oui O non
Je demande une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en référence aux listes AMA/WADA	O oui O non
En cas de réponse positive à cette dernière question, le présent document, accompagné d'une note explicative du médecin, quant au(x) produit(s) concerné(s), doit être conservé par le demandeur et pouvoir être présenté aux autorités médicales compétentes lors d'un éventuel contrôle anti-dopage.	

Signature du candidat licencié

Mesdames et Messieurs les Médecins,

Concerne : Formalités médicales en cas de demande de licence ASAF

Afin de préserver le droit à la vie privée des demandeurs et, particulièrement, ici, le secret médical, certaines procédures ont été revues.

Le candidat licencié (dont vous êtes le médecin de famille ou le gestionnaire du dossier médical*) devra vous présenter, outre ce "formulaire médical ASAF" qu'il aura préalablement complété et qui reprend l'inventaire des points sur lesquels il vous est suggéré de porter votre attention, un (ou plusieurs) formulaires de passage d'examen complémentaire, le formulaire de demande de licence reprenant le "Talon/Attestation" à l'en-tête de l'ASAF et éventuellement, si vous êtes un médecin repris sur la liste de ceux agréés par le RACB*, les "Talons/Attestations" à l'en-tête du RACB et de la VAS.

* L'ASAF accepte les agréments délivrés par ces deux types de médecin.

En fonction des résultats de l'examen pratiqué, vous pourrez inviter le demandeur à se soumettre à des examens complémentaires, si vous les trouvez nécessaires (ECG, ECG à l'effort, examen ophtalmologique, etc.).

Pour les demandeurs de 45 ans et plus, un examen du type ECG à l'effort est obligatoire.

N.B.: Dans le cas d'un examen pour l'obtention d'un "TP-" (un seul meeting), cette obligation n'est pas de mise, le passage de cet examen est laissé à votre jugement.

Au terme de l'examen médical vous déciderez d'accorder, ou non, votre agrément. **La validité de cet agrément est de trois mois, au maximum.**

Vous complétez le "Talon/Attestation" à l'en-tête de l'ASAF repris sur le formulaire de demande de licence. Cette Attestation comportera votre signature et votre numéro INAMI ainsi que l'agrément accordé. Ce document que vous remettrez au demandeur, sera transmis, par lui, à l'ASAF en vue de l'obtention de sa licence. L'ASAF se conformera de manière inconditionnelle à votre avis.

En cas d'examens complémentaires (demandés ou obligatoires), les résultats de ceux-ci seront remis au demandeur par vos confrères, lesquels auront complété, sur son formulaire de demande de licence, la case destinée à recevoir leur agrément et la durée de celui-ci.

Veillez agréer, Mesdames et Messieurs les Médecins, nos salutations les plus distinguées.

Katty Bario,
Secrétaire Général de l'ASAF

Formulaire Médical 2020/1	Nom :			
	Prénom :			
	Tel./GSM :			
	E-mail :			
	Poids :	Kg	Taille :	Cm
	Date de naissance :			

Examen Clinique	A compléter par le Médecin
------------------------	-----------------------------------

Appareil circulatoire/

Coeur : Auscultation :

Pouls au repos : /min. - Tension au repos : m Hg

Pouls après effort (épreuve de Martinet, 10 genuflexions profondes) : min régulier

Appareil respiratoire

Auscultation :

Dyspnée de repos : oui non Cyanose : oui non

Cicatrice : oui non

Abdomen

Souple : oui non Tympanique : oui non

Cicatrice : oui non Indolore : oui non

Souffle : oui non Masse : oui non

Articulations

Existe-t-il des anomalies ? des amputations ? oui non

Existe-t-il des anomalies aux muscles ? oui non

Existe-t-il des cicatrices ? oui non

Colonne vertébrale

La mobilité est-elle normale ? oui non Cyphose ? oui non

Scoliose ? oui non Lordose ? oui non

Système nerveux

Réflexes tendineux ? Cutanés ?

La marche, les yeux fermés, est-elle sûre ? oui non

Romberg ?

Audition

Ouïes normales droite : oui non Ouïes normales gauche : oui non

Vue

Acuité visuelle trouvée : SANS correction : œil droit /10 œil gauche /10

 AVEC correction : œil droit /10 œil gauche /10

Port de lunettes ? oui non Port de lentilles de contact ? oui non

Vision des couleurs - selon test ISHIHARA ? Normale Anormale

Formulaire Médical 2020/2	NOM / Prénom :	
Questionnaire confidentiel	(À compléter par le demandeur, préalablement à l'examen)	
Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection ?		
Aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax)	<input type="radio"/>	O oui O non
Cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, anémie, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance) ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie) ?	<input type="radio"/>	O oui O non
De l'estomac et des intestins (ulcères à l'estomac, maladie de Crohn ou autres) ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fractures, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique) ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse) ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Avez-vous souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Lesquelles ?		
Avez-vous déjà été opéré ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Votre ouïe est-elle défaillante ?	Oreille gauche	<input type="radio"/>
	Oreille droite	<input type="radio"/>
Votre vue est-elle défaillante ?	Œil gauche	<input type="radio"/>
	Œil droit	<input type="radio"/>
Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?	<input type="radio"/>	O oui O non
La vision des couleurs est-elle normale ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Date du dernier examen ophtalmologique ? / /	
Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ?	<input type="radio"/>	O oui O non
.....		
Etes-vous atteint d'une infirmité ou invalidité ? Si oui, précisez ?	<input type="radio"/>	O oui O non
.....		
Depuis quand ? / /	
Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ?	<input type="radio"/>	O oui O non
.....		
Portez-vous une prothèse dentaire ?	<input type="radio"/>	O oui O non
Date du dernier vaccin contre le tétanos ? / /	
Pour les demandeurs de 45 ans et plus :		
Date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort ? / /	
Déclaration à signer par le candidat licencié		
Je soussigné, déclare, sur l'honneur, que j'ai informé exactement le médecin quant à ma condition psycho-physique et mes affections antérieures et que je m'engage à communiquer par écrit, aux Présidents des commissions médicales près desquelles j'ai demandé une licence, les modifications de mon état de santé, en ce compris la prise de médicaments répertoriés dans la liste des médicaments dopants (listes AMA/WADA).		
Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)		
Je, soussigné, Dr. déclare que le candidat pilote*/co-pilote* a bien subi les examens médicaux réglementaires et que son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport automobile*/du Karting*, en compétition. Le présent document et le « Talon/Attestation » lui ont été remis par mes soins, ce jour. - J'atteste être le médecin de famille du demandeur* - Je suis un médecin agréé par le RACB-Sport* * Biffer les éventuelles indications inadéquates Signature et cachet du médecin		
Fait à :	Le :	