



SECRET MEDICAL

Formulaire Médical 2010

A REMPLIR PAR LE PILOTE

Nom :

Prénom :

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

N° de licence :

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

OUI - NON

Signature pilote

En cas de réponse positive, le présent document doit, si l'agrément médical est obtenu par le demandeur, être transmis au médecin de l'ASAF, le Dr Anick SERVAIS, 4, Rue des Sarzins à 5020 CHAMPION, accompagné d'une note explicative du médecin, quant au(x) produit(s) concerné(s)

Signature pilote – Handtekening piloot



ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE 2010

Je soussigné, Dr.....

déclare que le pilote

a bien subi l'examen médical réglementaire en date du

apte – inapte à pratiquer le sport automobile.

Signature et cachet du médecin

DOSSIER : RACB Sport ASAF VAS

LICENCE CO-PILOTE UNIQUEMENT

ECG d'effort : 0 oui - 0 non

Date du dernier examen :

Vue corrigée : 0 oui – 0 non

Lunettes : 0 oui – 0 non

Lentilles : 0 oui – 0 non

Groupe Sanguin :Rh.....

Date vaccin antitétanique :/...../.....

En attente : avis cardio
 avis ophtalmo
 vaccin tétanos
 autre

Surveillance médicale : 0 oui – 0 non

Lic. Handicapé : 0 oui – 0 non

--	--

Formulaire Médical 2010/1	Nom :
	Prénom :
	Poids :Kgs / Taille : cms
	Date de naissance :
Examen Clinique 2010	A compléter par le médecin
<u>Appareil circulatoire/</u>	
Cœur: Auscultation:	
Pouls au repos : /min. - Tension au repos: m Hg	
Pouls après effort (épreuve de Martinet, 10 gémiflexions profondes) : min régulier	
<u>Appareil respiratoire</u>	
Auscultation :	
Dyspnée de repos : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Cyanose : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cicatrice : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
<u>Abdomen</u>	
Souple : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Tympanique <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cicatrice : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Indolore <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Souffle : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Masse <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Articulations</u>	
Existe-t-il des anomalies ? des amputations ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Existe-t-il des anomalies aux muscles ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Existe-t-il des cicatrices ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
<u>Colonne vertébrale</u>	
La mobilité est-elle normale <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Cyphose <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Scoliose <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Lordose <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Système nerveux</u>	
Réflexes tendineux ?	Cutanés ?
La marche, les yeux fermés, est-elle sûre ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Romberg ?	
<u>Audition</u>	
Ouïes normales :	Droite: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	Gauche: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<u>Vue</u>	
<u>Acuité visuelle trouvée:</u>	
SANS correction: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Œil droit...../10
AVEC correction: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Œil gauche ...../10
	Œil droit...../10
	Œil gauche ...../10
Port de lunettes: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Port de lentilles de contact <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Vision des couleurs : selon test ISHIHARA <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Anormale	

Formulaire Médical 2010/2	Nom/ Prénom :
Questionnaire confidentiel	(à compléter par le demandeur, préalablement à l'examen)

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection?			
a.) aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax)		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
b.) cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, anémie, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance) ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
c.) du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie) ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
d.) de l'estomac et des intestins (ulcères à l'estomac, maladie de Crohn ou autres)?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
e.) aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fractures, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique) ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
f.) du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse) ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
g.) aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
Avez-vous encore souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
Lesquelles ?		.....	.....
Avez vous déjà été opéré ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
<u>Votre ouïe est-elle défaillante</u>	Oreille gauche	<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
	Oreille droite	<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
<u>Votre vue est-elle défaillante</u>	Oeil gauche	<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
	Oeil droit	<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
<u>Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?</u>		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
La vision des couleurs est-elle normale ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
Date du dernier examen ophtalmologique:		...../...../.....	.....
Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
Etes-vous atteint d'une infirmité ou invalidité ? Si oui, précisez ? Depuis quand ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
Portez-vous une prothèse dentaire ?		<input type="radio"/> oui – <input type="radio"/> non	.....
Date du dernier vaccin pour le tétanos		.....	.....
Pour les plus de 45 ans :			
Date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort		.....	.....

Déclaration à signer par le licencié	
Je soussigné,..... déclare que j'ai informé exactement le médecin quant à ma condition psychophysique et mes affections antérieures et 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 et 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 »)	
Fait à :	le 2010
<u>Signature et cachet du médecin</u>	