



## SECRET MEDICAL

### Formulaire Médical 2011

Nom : .....

Prénom : .....

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

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

OUI -  NON

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, Rue des Sarazins, 4 à 5020 CHAMPION**, accompagné d'une note explicative du médecin, quant au(x) produit(s) concerné(s)

Signature pilote – Handtekening piloot

### 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 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 les « Talons/Attestations » à l'en-tête du RACB et de la VAS.

Avant de donner votre agrément et 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.**

Au terme de l'examen médical et après réception des résultats des éventuels examens complémentaires, vous déciderez d'accorder, ou non, votre agrément. La validité de cet agrément est de trois mois, au maximum.

Vous conserverez le présent formulaire et complèterez 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. L'ASAF s'y conformera de manière inconditionnelle.

A la demande du candidat licencié, vous pouvez également lui remettre le document complété, comportant les « Talons/Attestations » destinés au RACB et à la VAS.

En cas d'examens complémentaires (demandés ou obligatoires), les résultats de ceux-ci seront transmis au médecin responsable de la Commission Médicale de l'ASAF, laquelle statuera sur la durée de validité de ceux-ci.

**Dr Anick SERVAIS 4, rue des Sarazins, 5020 CHAMPION**

Veuillez agréer, Mesdames et Messieurs les médecins, nos salutations les plus distinguées.

Jean-Louis DELABY  
Secrétaire Général de l'ASAF



|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Formulaire Médical 2011/2</b>  | Nom/ Prénom : .....   |
| <b>Questionnaire confidentiel</b> | <b>(à compléter par le demandeur, préalablement à l'examen)</b> |

|  |                |   |       |
|--|----------------|---|-------|
| <b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection?</b>  |                |   |       |
| 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 | ..... |
| <b>Avez-vous encore souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités ?</b>   |                | <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   |                | .....   | ..... |
| <b>Pour les plus de 45 ans :</b>   |                |   |       |
| Date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort   |                | .....   | ..... |

|  |               |
|--|---------------|
| <b>Déclaration à signer par le licencié</b>  |               |
| 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 ..... 2011 |
| <u>Signature et cachet du médecin</u>  |               |
|  |               |