



(Mentions préalables)

Province	Club / Cachet

EXAMEN D'APTITUDE MEDICALE 2010

Cher Confrère,

Pourriez-vous réaliser sur Mr / Mme un **examen ophtalmologique** approfondi.

Cet examen doit servir à établir la capacité du demandeur à pratiquer le sport automobile et s'assurer que sa vision répond aux normes imposées par la F.I.A. :

a) acuité visuelle (avant ou après correction, au moins 9/10^{ème} pour chaque œil). Par ailleurs, tout sujet ayant une acuité visuelle diminuée et non corrigible portant un seul œil mais ayant obligatoirement une vision controlatérale corrigée ou non, égale ou supérieure à 10/10^{ème}, peut obtenir une licence de conducteur sous les conditions suivantes et après contrôle par un ophtalmologiste qualifié :

- champ de regard égal ou supérieur à 180°;
- vision stéréoscopique fonctionnelle;
- état du fond d'œil excluant une rétinopathie pigmentaire;
- toute lésion, ancienne ou congénitale, sera unilatérale;

La cécité unilatérale est une contre indication absolue.

b) Vision binoculaire normale

c) Vision des couleurs normale (en cas d'anomalie, recours à la table d'Ishihara et, en cas d'erreur, Lanterne de Beyne ou système analogue) en tout cas, pas d'erreur dans la perception des couleurs des drapeau utilisés lors des compétitions (blanc, noir, vert, rouge, jaune, bleu).

d) Champ visuel normal.

e) Stéréoscopie normale

f) Pour la correction, les verres de contact sont admis à condition qu'ils aient été portés, pendant plus de 12 mois, et chaque jour pendant une durée significative. L'ophtalmologiste doit les certifier appropriés à la course automobile.

Pour plus de facilité, merci d'effectuer le protocole sur le feuille 2 et me le renvoyer

Dr.

.....
.....

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

En vous remerciant de votre bonne collaboration, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Le médecin examinateur (cachet, date, signature)



(mentions préalables)

Province	Club / Cachet

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

NOM : _____	PRENOM : _____
	Date de naissance :

Antécédents oculaires			
Troubles oculaires actuels			
Inspection-examen biomicroscopique			
Motilité oculaire Cover test			
Existence d'une diplopie			
Réflexes pupillaires et cornéens			
Acuité visuelle centrale de loin		œil gauche	œil droit
	sans correction		
	avec correction		
Sens chromatique	Ishara		
	Farnsworth D15		
Couleur des drapeaux noir, blanc, rouge, jaune, bleu, vert	perception normale	oui	non
Fond d'œil	Gauche		
	Droit		
Champ visuel mesuré dans les diamètres 0°- 180°/90 °- 270°/45°- 225°/135°- 315° à reporter sur schéma à annexer.			

Autre anomalies

L'examen ophtalmologique de l'intéressé satisfait aux normes FIA :

 OUI NON**Certifié exact**

Date :

Signature et cachet :