|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formulaire Médical  Medisch Formulier  2017 | | 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 2017**MEDISCH GETUIGSCHRIFT 2017 | ECG d’effort/EKG met inspanningstest 0 oui/ja- 0 non/neen  Date du dernier examen  Datum van het laatste onderzoek :........................................………..  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 : avis cardio / EKG toelating  In afwachting van avis ophtalmo /Oftalmo toelating  vaccin tétanos/ tetanus vaccin  Autre/ andere  Surveillance médicale/Medisch toezicht :0 oui/ja – 0 non/neen  Lic. Handicapé/Gehandicaptenverg. : 0 oui/ja – 0 non/neen |
| 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 | |

Formulaire complet à renvoyer à l’attention de Mme C. Bal, secrétaire de la Commission Médicale du RACB

Gelieve het volledig formulier ter attentie van Mevr. C. Bal, secr.van de RACB Medische Commissie, terug te sturen

|  |  |
| --- | --- |
| Examen Clinique  Klinisch onderzoek  2017 | Nom/Naam : …………………………………….………  Prénom/Voornaam : …………………………………….. **Age**/Leeftijd : ……… 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 : …………………. ……………………………………………....  Pouls au repos/Hartritme in rust : …………………/min. Tension au repos/Bloeddruk in rust :. ………………………mm Hg  Pouls après effort (épreuve de Martinet, 10 génuflexions 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 Ouies normales/Normaal gehoor : Droite/Rechts : 0 oui/ja – 0 non/neen  Gauche/Links : 0 oui/ja – 0 non/neen Vue/ZichtAcuité 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 ISHIHARA 0 Normale/Normaal – 0 Anormale/Abnormaal  Kleurenzicht : volgens de test ISHIHARA : |

|  |  |
| --- | --- |
| Formulaire Médical 2017 Medisch Formulier 2017 | Nom/Naam : …………………………….…………………...  Prénom /Voornaam : ………………………………………. |
| Rapport confidentiel/  Vertrouwelijk rapport | ***Questionnaire à compléter par le licencié/***Vragenlijst in te vullen door de vergunninghouder |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Souffrez-vous ou avez-vous d’une affection/Lijdt u of hebt u geleden aan één van de volgende aandoeningen ?  a) aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax) longen en luchtwegen (astma, bronchitis, tuberculose, pneumothorax) ?  b) cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, anémie, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance)/hart en bloedvaten (infarct, hoge bloeddruk, bloedarmoede, hartkloppingen, bewustzijnsverlies, angor) ?  c) du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l’équilibre, paralysie)/zenuwstelsel (hersenschudding, evenwichtsstoornissen, epilepsie, verlamming) ?  d) de l’estomac et des intestins (ulcères à l’estomac, maladie de Crohn ou autres)  maag en darmen (maagzweer, ziekte van Crohn of andere) ?  e) aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fractures, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique) ?  spieren, wervelzuil en gewrichten (breuken, hernia, « sciatique », lumbago, rheuma, acuut gewrichtsrheuma, chronische polyartritis) ?  f) du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse)/lever en galblaas (geelzucht) ?  g) aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) ?  endocriene klieren en bloedziekten (schildklier, suikerziekte) ? | O oui/ja – O non/neen  O oui/ja – O non/neen  O oui/ja – O non/neen  O oui/ja – O non/neen  O oui/ja – O non/neen  O oui/ja – O non/neen  O oui/ja – O non/neen | ……………………  ……………………  ……………………  ……………………  ……………………  ……………………  …………………… |
| 2. Avez-vous encore souffert d’autres maladies, d’affections ou infirmités ? Lesquelles ?  Hebt u ooit geleden aan andere ziekten, aandoeningen of gebreken ? Welke ?  Avez vous déjà été opéré ? /Bent u ooit geopereerd ? | O oui/ja – O non/neen  O oui/ja – O non/neen | …………………… |
| Votre ouïe est-elle défaillante/Lijdt u aan gehoorsstoornissen ?Oreille gauche/Linkeroor : 0 oui/ja – 0 non/neen Oreille droite/Rechteroor : 0 oui/ja – 0 non/neenVotre vue est-elle défaillante ?/Lijdt u aan gezichtsstoornissen ? Œil gauche/Linkeroog  : 0 oui/ja – 0 non/neen œil droit/Rechteroog : 0 oui/ja – 0 non/neen | | |
| Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?/Draagt u een bril of contactlenzen ? La vision des couleurs est-elle normale ?/Is uw kleurenzicht normaal ?  Date du dernier examen ophtalmologique/Datum van het laatste oogonderzoek : | O oui/ja – O non/neen  O oui/ja – O non/neen  ………/……./………. | ……………………  …………………… |
| Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ? Neemt u regelmatig geneesmiddelen ? Zo ja, welke ? | O oui/ja – O non/neen | ………………… |
| Etes-vous atteint d’une infirmité ou invalidité ? Si oui, précisez ? Depuis quand ? Bent u aangetast door een gebrek of invaliditeit ? Zo ja, welk ? Sinds wanneer ? | O oui/ja – O non/neen | …………………… …………………… |
| Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ? Beoefent u regelmatig een andere sport dan de autosport ? | O oui/ja – O non/neen | ………………………………………… |
| Souffrez-vous d’allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ? Hebt u allergieën (eczeem, hooikoorts, astma, geneesmiddelenallergie) ? | O oui/ja – O non/neen | ………………………………………… |
| Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ? Onderging u al een bloedtransfusie ? Zo ja, waarom ? | O oui/ja – O non/neen | ………………………………………… |
| Portez-vous une prothèse dentaire ?/Draagt u een tandprothese ? | O oui/ja – O non/neen | …………………… |
| A partir de de 45 ans /Vanaf 45 jaar :Date du dernier examen cardiologique avec épreuve d’effort/Datum van het laatste cardiologisch onderzoek met inspanningstest  : ................../................./….............. | | |

|  |
| --- |
| ***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 : …………./……………/ 2017  Signature et cachet du médecin  Handtekening en stempel van de arts |