



(Mention préalable)

|      |               |
|------|---------------|
| CSAP | Club / Cachet |
|      |               |

## EXAMEN D'APTITUDE MEDICALE 2015

**A REALISER OBLIGATOIREMENT PAR UN CARDIOLOGUE**

|             |                                       |
|-------------|---------------------------------------|
| NOM : _____ | PRENOM : _____                        |
|             | Date de naissance : ...../...../..... |

Cher Confrère,

Pourriez-vous réaliser chez ce patient les examens suivants :

- un électrocardiogramme de repos.
- un test à l'effort par paliers progressifs accompagné d'un enregistrement de l'ECG durant l'épreuve.

Cet examen est exigé dans le cadre de la visite médicale relative à l'obtention d'un certificat d'aptitude à la pratique du sport automobile ou du Karting.

Nous attirons votre attention sur le fait que ce patient est un sportif. Il doit se conformer à la loi anti-dopage de l'AMA-WADA. Toute prise médicamenteuse doit être conforme au code antidopage et au besoin, faire l'objet d'une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques par le sportif lui-même.

Pour plus de facilité, veuillez effectuer le protocole sur le document ci-joint qui doit être renvoyé **accompagné d'un extrait de l'ECG réalisé pendant l'effort** au

Dr. Francis NDE - Commission Médicale A.S.A.F.

Allée Paul Ooghe, 16 – 1070 Anderlecht - 0485 / 86 10 15 - [ndefrancis@yahoo.fr](mailto:ndefrancis@yahoo.fr)

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

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

Le médecin examinateur  
(Cachet, date, signature)



(Mention préalable)

|      |               |
|------|---------------|
| CSAP | Club / Cachet |
|      |               |

|             |                                       |
|-------------|---------------------------------------|
| NOM : _____ | PRENOM : _____                        |
|             | Date de naissance : ...../...../..... |

**TEST D'EFFORT**

|         |                         |                   |
|---------|-------------------------|-------------------|
| TYPE :  | Cycloergomètre          | tapis roulant     |
| REPOS : | T.A. : ...../.....mm Hg | Pouls : ...../min |

ECG de repos :    **rythme** : .....  
                           **axe** : ..... **espace PQ** : .....  
                           **onde P** : .....  
                           **complexe QRS** : .....  
                           **Repolarisation** : .....  
                           **Conclusion** : .....

|                   |                  |                 |           |
|-------------------|------------------|-----------------|-----------|
| Début de charge : | .....W           | Durée du test : | .....min  |
| Fin de charge :   | .....W           | Pouls :         | ...../min |
| T.A. :            | ...../.....mm Hg |                 |           |

ECG durant l'effort  
 .....

Récupération :            **pouls à 1 min** : ...../min.  
                                   **pouls à 3 min** : ...../min.  
 Trouble du rythme :             non            - oui  
 Anomalie repolarisation :     non            - oui  
                                   si oui, précisez : .....

Remarques : .....

**Conclusion du test d'effort**

Je certifie que l'examen cardiologique réalisé ce jour chez  
 Monsieur / Madame.....  
 ne contre indique pas la conduite automobile de compétition.  
**En annexe, les extraits de l'ECG d'effort.**  
 Date : .....2015 Signature et cachet :