



| | |
|-----------|-------|
| *Province | *Club |
| | |

*Mentions préalables obligatoires

EXAMEN D'APTITUDE MEDICALE 2016

Nom, Prénom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél./GSM :

E-mail :

A REALISER OBLIGATOIREMENT PAR UN CARDIOLOGUE

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 de compétition.

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.

Pouvons-nous vous demander, également, de contrôler, en préalable, l'exactitude de l'identité du demandeur ?

Je vous prie de bien vouloir indiquer sur sa demande de licence, dans la case qui vous est réservée, la durée de l'éventuel agrément que vous accordez au demandeur et de lui remettre, également, le document ci-joint, comportant vos observations (à charge pour lui de le conserver, à toutes fins utiles).

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)



| | |
|-----------|-------|
| *Province | *Club |
| | |

*Mentions préalables obligatoires

EXAMEN D'APTITUDE MEDICALE 2016

Nom, Prénom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél./GSM :

E-mail :

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

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 sur

Monsieur / Madame.....

ne contre-indique pas la pratique du sport automobile**/ du Karting** en compétition.

** Biffer l'éventuelle mention inadéquate.

Il est valable jusqu'au 31 décembre 20

(Les documents relatifs à l'examen ont été remis au demandeur, le)

Date :2016

Signature et cachet :

