



Formulaire Médical Medisch Formulier 2020

**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 2020
MEDISCH GETUIGSCHRIFT 2020**

ECG d'effort/EKG met inspanningstest 0 oui/ja- 0 non/neen

Date du dernier examen

Datum van het laatste onderzoek :

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

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 :

In afwachting van

avis cardio / EKG toelating

avis ophtalmo /Oftalmo toelating

vaccin tétanos/ tetanus vaccin

Autre/ andere

Surveillance médicale/Medisch toezicht : 0 oui/ja – 0 non/neen

Lic. Handicapé/Gehandicaptentverg. : 0 oui/ja – 0 non/neen

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 2020	Nom/Naam :
	Prénom/Voornaam :
	Age/Leef tijd :
	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 genuflexions 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/nee** **Cyanose ? : 0 oui/ja – 0 non/nee**

Cicatrice ?/Littekens : **0 oui/ja – 0 non/nee**

Abdomen

Souple/Soepel : 0 oui/ja – 0 non/nee	Tympanique/Tympaan : 0 oui/ja – 0 non/nee
Cicatrice/Littekens : 0 oui/ja – 0 non/nee	Indolore/Pijnloos : 0 oui/ja – 0 non/nee
Souffle/Souffle : 0 oui/ja – 0 non/nee	Masse/Massa : 0 oui/ja – 0 non/nee

Articulations/Gewrichten

Existe-t-il des anomalies ? des amputations ?/Bestaan er afwijkingen of amputaties ? **0 oui/ja – 0 non/nee**

Existe-t-il des anomalies aux muscles ?/Bestaan er spierafwijkingen ? **0 oui/ja – 0 non/nee**

Existe-t-il des cicatrices ?/Zijn er littekens ? **0 oui/ja – 0 non/nee**

Colonne vertébrale/Wervelkolom

La mobilité est-elle normale/Normale mobiliteit : 0 oui/ja – 0 non/nee	Cyphose/Kyfose : 0 oui/ja – 0 non/nee
Scoliose / Scoliose: 0 oui/ja – 0 non/nee	Lordose/Lordose : 0 oui/ja – 0 non/nee

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/nee**

Romberg ? :

Audition/Gehoer

Ouïes normales/Normaal gehoor :

Droite/Rechts : 0 oui/ja – 0 non/nee
Gauche/Links : 0 oui/ja – 0 non/nee

Vue/Zicht

Acuité 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/nee**

Port de lentilles de contact/Draagt contactlenzen : **0 oui/ja – 0 non/nee**

Vision des couleurs : selon test ISHIHARA 0 Normale/Normaal – 0 Anormale/Abnormaal

Kleurenzicht : volgens de test ISHIHARA :

Formulaire Médical 2020 Medisch Formulier 2020	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 affections ?		
a) aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax) longen en luchtwegen (astma, bronchitis, tuberculose, pneumothorax) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
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) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
c) du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie)/ zenuwstelsel (herschudding, evenwichtsstoornissen, epilepsie, verlamming) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
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) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
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, reuma, acuut gewrichtsreuma, chronische polyarthritis) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
f) du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse)/ lever en galblaas (geelzucht) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
g) aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) ? endocriene klieren en bloedziekten (schildklier, suikerziekte) ?	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 ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Avez vous déjà été opéré ? / Bent u ooit geopereerd ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Votre ouïe est-elle défaillante/Lijdt u aan gehoorsstoornissen ?		
Oreille gauche/ Linkeroor : O oui/ja – O non/neen	Oreille droite/ Recheroor : O oui/ja – O non/neen	
Votre vue est-elle défaillante ?/Lijdt u aan gezichtsstoornissen ?		
Œil gauche/ Linkeroog : O oui/ja – O non/neen	œil droit/ Recheroog : O oui/ja – O non/neen	
Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?/ Draagt u een bril of contactlenzen ?	O oui/ja – O non/neen	.....
La vision des couleurs est-elle normale ?/ Is uw kleurenzicht normaal ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Date du dernier examen ophtalmologique/Datum van het laatste oogonderzoek :/...../.....	
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 :/...../ 2020

Signature et cachet du médecin

Handtekening en stempel van de arts