

## SECRET MEDICAL FORMULAIRE MEDICAL 2024

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tel./GSM :	
E-mail :	

Je reconnais m'être informé de la législation anti-dopage	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Je sais que je dois vérifier le caractère non dopant des médicaments que je prends	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>Je demande une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en référence aux listes AMA/WADA</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
En cas de réponse positive à cette dernière question, le présent document, accompagné d'une note explicative du médecin, quant au(x) produit(s) concerné(s), doit être conservé par le demandeur et pouvoir être présenté aux autorités médicales compétentes lors d'un éventuel contrôle anti-dopage.	

Signature du candidat licencié

Mesdames et Messieurs les Médecins,

### **Concerne : Formalités médicales en cas de demande de licence ASAF**

Afin de préserver le droit à la vie privée des demandeurs et, particulièrement, ici, le secret médical, certaines procédures ont été revues.

Le candidat licencié (dont vous êtes le médecin de famille ou le gestionnaire du dossier médical\*) devra vous présenter, outre ce "formulaire médical ASAF" qu'il aura préalablement complété et qui reprend l'inventaire des points sur lesquels il vous est suggéré de porter votre attention, un (ou plusieurs) formulaires de passage d'examen(s) complémentaire(s), le formulaire 'Attestation d'aptitude médicale (ASAF)' et éventuellement, si vous êtes un médecin repris sur la liste de ceux agréés par le RACB\*, les "Talons/Attestations" à l'en-tête du RACB et de la VAS.

**\* L'ASAF accepte les agréments délivrés par ces deux types de médecin.**

En fonction des résultats de l'examen pratiqué, vous pourrez inviter le demandeur à se soumettre à des examens complémentaires, si vous les trouvez nécessaires (ECG, ECG à l'effort, examen ophtalmologique, etc.).

Pour les demandeurs de 50 ans et plus, un examen du type ECG à l'effort est obligatoire, dont la durée de validité n'excédera pas si le demandeur a :

- entre 50 ans et 59 ans, maximum 3 années civiles pleines, la validité de l'examen ne peut donc dépasser la date du 31/12/2026.
- 60 ans et plus, maximum 1 année civile pleine, la validité de l'examen ne peut donc dépasser la date du 31/12/2024.

N.B. : Si l'agrément a été accordé en décembre, la période de validité prendra cours au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

**Au terme de l'examen médical vous déciderez d'accorder, ou non, votre agrément. La validité de cet agrément est de trois mois, au maximum.**

Vous complétez votre partie du formulaire « Attestation d'aptitude médicale (ASAF) ». Cette Attestation comportera votre signature et votre numéro INAMI ainsi que l'agrément accordé. Ce document que vous remettrez au demandeur, sera introduit par ses soins (au format PDF) lors de sa demande de licence en ligne. L'ASAF se conformera de manière inconditionnelle à votre avis.

En cas d'examens complémentaires (demandés ou obligatoires), les résultats de ceux-ci seront remis au demandeur par vos confrères, lesquels auront complété, leur partie du formulaire « Attestation d'aptitude médicale (ASAF) » (agrément et la durée de celui-ci).

Veuillez agréer, Mesdames et Messieurs les Médecins, nos salutations les plus distinguées.

Katia LIEMANS,  
Secrétaire Générale de l'ASAF

### **Rappel des contre-indications absolues :**

- épilepsie, sous traitement ou non, avec manifestations cliniques constatées pendant les 10 dernières années ;
- tout problème cardio-vasculaire avec risque de mort subite ;
- cécité monoculaire.

# Formulaire Médical

2024/1

Nom :		
Prénom :		
Tel./GSM :		
E-mail :		
Poids :	Kg	Taille : Cm
Date de naissance :		

## Examen Clinique

## A compléter par le Médecin

### Appareil circulatoire/

Coeur : Auscultation: .....  
Pouls au repos : ..... /min. - Tension au repos : ..... m Hg  
Pouls après effort (épreuve de Martinet, 10 genuflexions profondes) : ..... min régulier

### Appareil respiratoire

Auscultation : .....  
Dyspnée de repos :                     oui    non                    Cyanose :                                    oui    non  
Cicatrice :                                oui    non

### Abdomen

Souple :                                    oui    non                    Tympanique :                                oui    non  
Cicatrice :                                oui    non                    Indolore :                                    oui    non  
Souffle :                                    oui    non                    Masse :                                        oui    non

### Articulations

Existe-t-il des anomalies ? des amputations ?                                    oui    non  
Existe-t-il des anomalies aux muscles ?                                            oui    non  
Existe-t-il des cicatrices ?                                                            oui    non

### Colonne vertébrale

La mobilité est-elle normale ?                    oui    non                    Cyphose ?                                    oui    non  
Scoliose ?                                    oui    non                    Lordose ?                                    oui    non

### Système nerveux

Réflexes tendineux ? .....                    Cutanés ? .....  
La marche, les yeux fermés, est-elle sûre ?                                    oui    non  
Romberg ? .....

### Audition

Ouïes normales droite :                    oui    non                    Ouïes normales gauche :                    oui    non

### Vue

Acuité visuelle trouvée :                    SANS correction : œil droit ..... /10    œil gauche ..... /10  
                                                          AVEC correction : œil droit ..... /10    œil gauche ..... /10  
Port de lunettes ?                            oui    non                    Port de lentilles de contact ?                    oui    non  
Vision des couleurs - selon test ISHIHARA ?                                    Normale    Anormale

<b>Formulaire Médical 2024/2</b>	NOM / Prénom : .....
<b>Questionnaire confidentiel</b>	(À compléter par le demandeur, préalablement à l'examen)

<b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection ?</b>			
<b>Aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax)</b>		O oui	O non
<b>Cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, anémie, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance) ?</b>		O oui	O non
<b>Du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie) ?</b>		O oui	O non
<b>De l'estomac et des intestins (ulcères à l'estomac, maladie de Crohn ou autres) ?</b>		O oui	O non
<b>Aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fractures, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique) ?</b>		O oui	O non
<b>Du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse) ?</b>		O oui	O non
<b>Aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) ?</b>		O oui	O non
<b>Avez-vous souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités ?</b>		O oui	O non
<b>Lesquelles ? .....</b>			
<b>Avez-vous déjà été opéré ?</b>		O oui	O non
<b>Votre ouïe est-elle défaillante ?</b>	<b>Oreille gauche</b>	O oui	O non
	<b>Oreille droite</b>	O oui	O non
<b>Votre vue est-elle défaillante ?</b>	<b>Œil gauche</b>	O oui	O non
	<b>Œil droit</b>	O oui	O non
<b>Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?</b>		O oui	O non
<b>La vision des couleurs est-elle normale ?</b>		O oui	O non
<b>Date du dernier examen ophtalmologique ?</b>	..... / ..... / .....		
<b>Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ?</b>		O oui	O non
.....			
<b>Etes-vous atteint d'une infirmité ou invalidité ? Si oui, précisez ?</b>		O oui	O non
.....			
<b>Depuis quand ?</b>	..... / ..... / .....		
<b>Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ?</b>		O oui	O non
<b>Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?</b>		O oui	O non
<b>Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ?</b>		O oui	O non
.....			
<b>Portez-vous une prothèse dentaire ?</b>		O oui	O non
<b>Date du dernier vaccin contre le tétanos ?</b>	..... / ..... / .....		
<b>Pour les demandeurs de 45 ans et plus :</b>			
<b>Date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort ?</b>	..... / ..... / .....		

**Déclaration à signer par le candidat licencié**

Je soussigné, déclare, sur l'honneur, que j'ai informé exactement le médecin quant à ma condition psycho-physique et mes affections antérieures et que je m'engage à communiquer par écrit, aux Présidents des commissions médicales près desquelles j'ai demandé une licence, les modifications de mon état de santé, en ce compris la prise de médicaments répertoriés dans la liste des médicaments dopants (listes AMA/WADA).

**Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)**

.....

**Je, soussigné, Dr. ....** déclare que le candidat pilote et co-pilote ..... a bien subi les examens médicaux réglementaires et que son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport automobile et du Karting, en compétition.

Le présent document et le formulaire 'Attestation d'aptitude médicale (ASAF) lui ont été remis par mes soins, ce jour.

- J'atteste être le médecin de famille du demandeur\*

- Je suis un médecin agréé par le RACB-Sport\*

\* Biffer les éventuelles indications inadéquates

Signature et cachet du médecin

**Fait à :** **Le :**