TEST A L'EFFORT 2025

Cet examen doit être réalisé par un cardiologue de votre choix

- De 50 à 59 ans, un test à l'effort toutes les trois saisons
- Dès 60 ans, un test à l'effort toutes les saisons

Cher Confrère,

Pourriez-vous réaliser chez ce patient un électrocardiogramme de repos et 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 d'aptitude à la compétition automobile pour les pilotes âgés de 50 ans et plus.

Pour plus de facilités, veuillez effectuer le protocole sur la fiche ci-jointe. Celle-ci devra être téléchargée par le patient, accompagnée d'un extrait de l'ECG réalisé pendant l'effort, dans le module de demande de licence en ligne.

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

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.

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

Le médecin examinateur (cachet, date, signature)

TEST A L'EFFORT 2025

A télécharger sur votre profil RACB

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Date du test :

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 à l'effort

Je …… (NOM, Prénom) certifie que l'examen cardiologique réalisé ce jour chez Monsieur/Madame …… (NOM, Prénom) ne présente aucune contre-indication à la pratique de la conduite automobile de compétition.

Date : …… / ……. / 2025

Signature et cachet