Examen d'Aptitude Médicale 2027

À RÉALISER OBLIGATOIREMENT PAR UN CARDIOLOGUE

Matricule : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Madame, Monsieur,

Merci de bien réaliser chez ce patient un électrocardiogramme de repos et un test d'effort par paliers progressifs accompagné d'un **enregistrement d'ECG** durant l'épreuve (test sur cyclo-ergomètre et/ou sur tapis à l'exclusion d'un test pharmacologique).

Cet examen est exigé dans le cadre du contrôle médical d'aptitude à la compétition automobile pour les pilotes âgés de 45 et plus.

Tout problème cardiovasculaire avec risque de mort subite est une contre-indication absolue.

Veuillez prendre note que le patient est un sportif qui 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.

Veuillez envoyer ce document, accompagné d'un extrait de l'ECG réalisé pendant l'effort, par mail à l'adresse aclsport@acl.lu ou bien par voie postale à

ACL SPORT
152, rue de Limpach
L-3932 Mondercange

Vos honoraires sont à charge directe du patient candidat pilote.

Test d'effort 2027

À COMPLÉTER PAR LE CARDIOLOGUE

TYPE :	Cyclo-ergomètre	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 : **oui** ◯ **/** **non** ◯

Anomalie repolarisation : **oui** ◯ **/** **non** ◯

si oui, précisez : _____

Remarques : _____

_____

<u>Conclusion du test d'effort</u>

Je certifie que l'examen cardiologique réalisé aujourd'hui chez ce patient ne contre indique pas la conduite automobile de compétition. Veuillez trouver en annexe les extraits de l'ECG requis.

Lieu, date, signature et cachet du cardiologue

_____, le ___ / ___ / _____