



# FORMULAIRE D'EXAMEN MÉDICAL

Madame, Monsieur,

Nous vous prions d'examiner ce candidat pour l'obtention d'une licence de compétition automobile d'Auto Sport Québec. Si vous jugez ce candidat apte, tant psychologiquement que physiquement, et que ses autres tests sont satisfaisants, alors ce candidat se verra attribuer une licence lui permettant de conduire une voiture de course à des vitesses extrêmement élevées et cela, sous les plus exigeantes conditions. Ne le recommandez que si vous êtes entièrement satisfait des résultats. Votre rigueur, non seulement envers ce candidat, mais aussi envers notre sport, nous aidera à en accroître la sécurité. Voici un extrait de la réglementation soulignant les standards minimums requis lors de l'examen médical:

## Vision requise:

- a) Acuité visuelle: la vision, corrigée si nécessaire, de chacun des yeux devrait être d'au moins 9/10 (métrique).
- b) Tout sujet pour qui l'acuité visuelle d'un seul des deux yeux est diminuée et qui ne peut être corrigée mais qui possède obligatoirement une vision controlatérale, corrigée ou non, égale ou supérieure à 10/10 (métrique), peut obtenir une licence de compétition selon les conditions suivantes et suite à un examen effectué par un spécialiste en ophtalmologie:
  - Champ visuel égal ou supérieur à 200°
  - Vision stéréoscopique fonctionnelle
  - Condition du « fundus » excluant tout dommage de la pigmentation rétinienne
  - Tout dommage congénital ou bien datant de longue date devra n'être qu'unilatéral**La perte de vision d'un œil est absolument exclue.**
- c) Vision binoculaire normale.
- d) Perception normale des couleurs (recourez aux tables d'Ishihara et à la lanterne de Beyne lors de cas douteux ou tout système similaire en cas d'erreur). Dans tous les cas, aucune erreur de perception des couleurs des drapeaux utilisés lors de compétitions internationales n'est acceptée.
- e) Champ visuel normal.
- f) Vision stéréoscopique normale (la licence ne devrait pas être émise à tout candidat qui est aveugle d'un œil).
- g) Le port de lentilles cornéennes est permis à condition que:
  - Elles soient portées depuis plus de 12 mois et chaque jour pour une bonne période de temps
  - Elles soient certifiées comme satisfaisant aux exigences du sport automobile par le spécialiste en ophtalmologie les ayant prescrites (les verres de contact rigides ne sont pas recommandés)

## Liste des maladies et handicaps incompatibles avec la pratique du sport motorisé :

- a) Maladies et handicaps incompatibles:
  - Épilepsie
  - Amputations, sauf dans le cas de doigts n'affectant pas la capacité d'agripper, d'aucune des mains
  - Prothèses, si le résultat fonctionnel n'est pas équivalent ou près de la normal
  - Mouvement des membres entravé de plus de 50%
- b) Maladies ou handicaps nécessitant une évaluation par un médecin reconnu par Auto Sport Québec:
  - Dépendance à l'insuline due au diabète, à condition qu'un document, signé par un médecin endocrinologue ou interniste attestant des traitements reçus, soit fourni à Auto Sport Québec et que la personne concernée est suivie de façon régulière
  - Ischémie du myocarde, infarctus du myocarde, maladies vasculaires ou toute condition cardio-vasculaire anormale
  - Limitation fonctionnelle des articulations d'une main supérieure à 50% et affectant deux doigts ou plus de la même main
  - Prothèse permettant à la personne de recouvrir les fonctions normales ou quasi normales
  - Conditions psychiatriques



# FORMULAIRE D'EXAMEN MÉDICAL

## INFORMATIONS PERSONNELLES DU CANDIDAT :

Nom et prénom :

Age :

Adresse – Numéro, rue, appartement :

Date de naissance (JJ/MM/AA) :

Ville / Province

Occupation :

Genre :

Code postal :

Masculin  Féminin

Il sera de la responsabilité du candidat de se faire réexaminer selon ce qui suit :

1. Suite à l'expiration de son formulaire médical tel que le requiert le présent règlement
2. Suite à toute maladie notoire, blessure ou hospitalisation

## IDENTIFICATION DU MÉDECIN EXAMINATEUR :

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ No de pratique : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Ville / Province / Code postal : \_\_\_\_\_

## RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR (1<sup>e</sup> partie) :

	OUI	NON
Y a-t-il signe ou évidence d'une anomalie du cœur ou du système cardio-vasculaire? (Si oui, fournir les détails)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il évidence d'une condition physique ou mentale, passée ou présente, qui pourrait, selon vous, empêcher le candidat de posséder une licence pour la compétition automobile? (Si oui, fournir les détails)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que le candidat présente une quelconque anomalie physique ou quelque restriction de mouvement des membres supérieurs ou inférieurs? (Si oui, fournir les détails)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Numéro de pratique



# FORMULAIRE D'EXAMEN MÉDICAL

Nom et prénom du candidat : \_\_\_\_\_

## RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR (2<sup>e</sup> partie) :

Vision Non corrigée œil droit 20/ \_\_\_\_\_ œil gauche 20/ \_\_\_\_\_  
Corrigée œil droit 20/ \_\_\_\_\_ œil gauche 20/ \_\_\_\_\_  
Champ de vision \_\_\_\_\_  
Sa perception des couleurs est-elle normale?

Pression sanguine (si hors norme, fournir les détails) Diastolique - \_\_\_\_\_ Systolique - \_\_\_\_\_

Vaccin anti-tétanos Date : \_\_\_\_\_

**Commentaires sur l'historique et sur les résultats du patient :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le candidat devrait établir n'avoir, dans son historique médical, aucun diagnostic clinique qui pourrait le rendre inapte à performer ou à bénéficier des privilèges d'une licence de compétition d'Auto Sport Québec et ce, pour un délai de deux (2) ans après cette conclusion.

## RECOMMANDATION DU MÉDECIN EXAMINATEUR :

Sur la base du rapport ci-dessus ainsi que sur toutes les informations qui m'ont été fournies, je fais la recommandation suivante :

Le candidat est physiquement et psychologiquement **apte** à conduire un véhicule de course dans des épreuves de compétition à haute vitesse.

Le candidat est **inapte** physiquement et/ou psychologiquement à conduire un véhicule de course dans des épreuves de compétition à haute vitesse.

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Numéro de pratique