

FICHE D'EXAMEN MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE à la PRATIQUE D'UN SPORT

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL : questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le sportif

Document à conserver par le médecin examinateur

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sport pratiqué :

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :

Avez-vous déjà été opéré ? non oui

Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour

traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> non.....	<input type="checkbox"/> oui
perte de connaissance	<input type="checkbox"/> non.....	<input type="checkbox"/> oui
épilepsie	<input type="checkbox"/> non.....	<input type="checkbox"/> oui
crise de tétanie ou spasmodophilie.....	<input type="checkbox"/> non.....	<input type="checkbox"/> oui

Avez-vous des troubles de la vue ? non oui

si oui, portez-vous des corrections : lunettes lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition non..... oui

Avez-vous eu des troubles de l'équilibre..... non..... oui

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :

Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans	Oui	Non
Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson)	Oui	Non

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

Malaise ou perte de connaissance	Oui	Non
Douleur thoracique	Oui	Non
Palpitations (cœur irrégulier)	Oui	Non
Fatigue ou essoufflement inhabituel	Oui	Non

Avez-vous

Une maladie cardiaque	Oui	Non
Une maladie des vaisseaux	Oui	Non
Été opéré du cœur ou des vaisseaux	Oui	Non
Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu	Oui	Non
Une hypertension artérielle	Oui	Non
Un diabète	Oui	Non
un cholestérol élevé	Oui	Non
Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres)	Oui	Non
Une infection sérieuse dans le mois précédent	Oui	Non

Avez-vous déjà eu :

- un électrocardiogramme	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
- un échocardiogramme	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
- une épreuve d'effort maximale	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

Avez-vous déjà eu ?

- des troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
--	------------------------------------	------------------------------

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (le joindre si possible)

Fumez-vous ? non oui,

si oui, combien par jour ? Depuis combien de temps ?

Avez-vous - des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) non oui

- des allergies cutanées non oui

- des allergies à des médicaments non oui

si oui, lesquels

Prenez-vous des traitements

- pour l'allergie ? (si oui, lesquels) non oui

- pour l'asthme ? (si oui, lesquels) non oui

Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites..... non oui

Vos dents sont-elles en bon état ? (si possible, joindre votre dernier bilan dentaire)... non oui

Avez-vous déjà eu ?

- des problèmes vertébraux : non oui

- une anomalie radiologique : non oui

Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand)

- une luxation articulaire non oui

- une ou des fractures..... non oui

- une rupture tendineuse non oui

- des tendinites chroniques non oui

- des lésions musculaires non oui

- des entorses graves..... non oui

Prenez-vous des médicaments actuellement, non oui

Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement non oui

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus.....

Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos polio non oui Hépatite non oui Autres,

précisez :.....

Avez-vous eu une sérologie HIV : non oui

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.

À quel âge avez-vous été réglée ?

Avez-vous un cycle régulier ? non oui

Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? non oui

Combien de grossesses avez-vous eu ?

Prenez-vous un traitement hormonal ? non oui

Prenez-vous une contraception orale ? non oui

Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?..... non oui

Suivez-vous un régime alimentaire ? non oui

Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ? non oui

Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ?..... non oui

Avez-vous une affection endocrinienne ? non oui

Si oui, laquelle ?

Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Nom : -----

Date -----

Signature