

# FICHE D'EXAMEN MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE D'UN SPORT

L'ACTE MEDICAL EN VUE DE LA DELIVRANCE DE CERTIFICATS DESTINES AUX CLUBS SPORTIFS N'EST PAS REMBOURSABLE (ARTICLE L 321-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE), ET SE RAJOUTE AU TARIF DE LA CONSULTATION EN CAS DE CUMUL.

## 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(s) pratiqué(s) : .....

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

Avez-vous déjà été opéré ? ..... Oui Non  
Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour

traumatisme crânien .....	Oui	Non
perte de connaissance .....	Oui	Non
épilepsie.....	Oui	Non
crise de tétanie ou spasmophilie .....	Oui	Non

Avez-vous des troubles de la vue ? ..... Oui Non  
Si oui, portez-vous des corrections: ..... lunettes lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition ..... Oui Non

Avez-vous eu des troubles de l'équilibre ..... Oui Non

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 ..... Oui Non  
- un échocardiogramme ..... Oui Non  
- une épreuve d'effort maximale ..... Oui Non

**Avez-vous déjà eu ?**

- des troubles de la coagulation ..... Oui Non

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

Fumez-vous? ..... Oui Non

Si oui, combien par jour ? ..... Depuis combien de temps ? .....

Avez-vous

- des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) ..... Oui Non

- des allergies cutanées ..... Oui Non

- des allergies à des médicaments ..... Oui Non

    si oui, lesquels ..... Oui Non

Prenez-vous des traitements

- pour l'allergie ? (si oui, lesquels) ..... Oui Non

- pour l'asthme ? (si oui, lesquels) ..... Oui Non

Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites ..... Oui Non

Vos dents sont-elles en bon état ? ..... Oui Non

(si possible, joindre votre dernier bilan dentaire)

Avez-vous déjà eu ?

- des problèmes vertébraux : ..... Oui Non

- une anomalie radiologique : ..... Oui Non

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

- une luxation articulaire ..... Oui Non

- une ou des fractures ..... Oui Non

- une rupture tendineuse ..... Oui Non

- des tendinites chroniques ..... Oui Non

- des lésions musculaires ..... Oui Non

- des entorses graves ..... Oui Non

Prenez-vous des médicaments actuellement : ..... Oui Non

Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement : ..... Oui Non

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus : ..... Oui Non

Avez-vous eu les vaccinations suivantes :

    Tétanos polio ..... Oui Non

    Hépatite ..... Oui Non

    Autres, précisez : ..... Oui Non

Avez-vous eu une sérologie HIV : ..... Oui Non

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

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.**

À quel âge avez-vous été réglée ? .....

Avez-vous un cycle régulier ? ..... Oui Non

Avez-vous des périodes d'aménorrhée ..... Oui Non

Combien de grossesses avez-vous eu ? .....

Prenez-vous un traitement hormonal ? ..... Oui Non

Prenez-vous une contraception orale ? ..... Oui Non

Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ..... Oui Non

Suivez-vous un régime alimentaire ? ..... Oui Non

Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ? ..... Oui Non

Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ? ..... Oui Non

Avez-vous une affection endocrinienne ? ..... Oui Non

Si oui, laquelle ? .....

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

Nom : .....

Prénom : .....

Date ...../...../.....

Signature