

FICHE D'EXAMEN MEDICAL INSCRIPTION - SMR

Examen préventif non pris en charge par la CPAM

A adresser au dépt médical-FFN - Dr J.P.CERVETTI 14 rue Scandicci 93508 Pantin Cedex Tél : 01-41-83-87-45 ou par mail medical@ffnatation.fr

| | | | | | |
|--------------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------|-------------|--------|
| Nom: | Prénom: | Né(e) : | Age : | ans | Sexe : |
| Examen le: | Médecin: | <u>Entrainement</u> Nb Séances/sem. : | | Nb heures : | |
| Scolarité Niveau : | Activité Professionnelle : | | Discipline : | | |
| Adresse : | | | | | |
| Tél portable : | | | Email : (obligatoire) | | |

ANTEDECENTS MEDICAUX/Mise à jour depuis le dernier examen :

Familiaux :

Personnels

- Médicaux :
- Traumatiques :
- Chirurgicaux :
- Allergies :

VACCINATION Derniers rappels DDTC-Polio :

Autres:

Joindre à ce bilan une copie du carnet de vaccination, le Nom et le Prénom du sportif (ve) doivent bien apparaître

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

| | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|-------|-------------|-------------------|--------|
| Poids : | Taille : | BMI : | Envergure : | | |
| <u>Plis cutanés</u> | Bi : | Tri : | S/Scap : | S/III : | TOTAL: |
| Masse grasse par impédancemétrie: | % (facultatif) | | | Masse grasse pli: | % |

ACCUITE VISUELLE OD :

OG :

Correction : Oui/Non

Lunettes : Oui/Non

Lentilles: Oui/Non

Date dernière visite :

A.U.T :

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------|--|
| Electro-Cardio-Gramme de repos | Joindre une copie du tracé | |
| Rythme | | |
| C.A.V. | PR : | |
| C.I.V. | QTc : | |
| Repolarisation | | |

| | | |
|--------------|------|------|
| REPOS | F.C. | T.A. |
| Commentaire | | |

| | |
|--------------------|--------------|
| SPIROMETRIE | (facultatif) |
| C.V. : | |
| V.E.M.S : | |
| Peak Flow : | |

CONCLUSION

SYMPTOMES ACTUELS

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Doléances • Prise de médicaments • Régime alimentaire • Gynécologie : Contraception | <ul style="list-style-type: none"> • Scolarité : • Humeur : • Troubles de sommeil : • Cycle – DDR : |
|--|---|

EXAMEN CLINIQUE

Cardiologique :

Pouls périphériques :

Pneumologique :

ORL : Nez : Oreille : Sinus : Gorge :

Aires ganglionnaires :

Abdomen : Rate : Foie : Troubles fonctionnels :

Génito-urinaire : Infection urogénitale : Fosses lombaires :

Orifices herniaires : Stade pubertaire :

Dermatologique :

Neurologique :

Locomoteur :

Podoscopie :

Statique :

Rachis : Sagittal :

Frontal :

Membres supérieurs

Epaule: Rot Int. : Rot Ext. :

Coude :

Poignet :

Main :

Membres inférieurs

Hanche :

Genoux : Laxité :

Chevilles : Laxité :

Souplesse générale :

BILAN BIOLOGIQUE Oui/Non **joindre le bilan**

BILAN PSYCHOLOGIQUE Oui/Non **joindre le bilan**

OBSERVATIONS & CONCLUSION (obligatoire) Estimation d'une bonne tolérance à l'entraînement

Je soussigné(e)

Dr en Médecine du sport certifie avoir examiné

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre indiquant la pratique

en stage et en compétition.

Date, Signature et Cachet