

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

Nom du médecin traitant:

Email:

Tel:

Nom du kinésithérapeute traitant:

Email:

Tel:

ANTEDECENTS MEDICAUX:

Familiaux:

Personnels

▪ Médicaux:

▪ Traumatiques:

▪ Chirurgicaux:

▪ Allergies:

▪ Traitement en cours:

AUT

Contraception:

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

SYMPTOMES ACTUELS

• Doléances:

• Scolarité:

• Humeur:

• Régime alimentaire:

• Troubles de sommeil:

• Cycle – DDR:

EXAMEN CLINIQUE

Poids:

Taille:

BMI:

Masse grasse par impédancemétrie (facultatif) % ou Masse grasse pli: %

CARDIOLOGIQUE:

Pression artérielle:

Fréquence cardiaque:

Auscultation cardiaque:

Pouls périphériques:

PNEUMOLOGIQUE:

OPHTALMOLOGIQUE:

ACCUITE VISUELLE OD:

OG:

Correction: Oui/Non Lunettes: Oui/Non

Lentilles: Oui/Non

Date dernière visite:

ORL:

Nez: Oreille:

Sinus:

Gorge:

Buccodentaire:

Aires ganglionnaires:

ABDOMEN :

Rate :

Foie :

Troubles fonctionnels :

Orifices herniaires :

Géno-urinaire :

Infection urogénitale :

Fosses lombaires :

Stade pubertaire :

DERMATOLOGIQUE :**NEUROLOGIQUE :****LOCOMOTEUR :**Rachis :

Sagittal :

Frontal :

Membres supérieurs

Epaule :

Coude :

Poignet :

Main :

Membres inférieurs

Hanche :

Genoux :

Cheville :

Souplesse générale :

Distance doigt-sol :

Distance menton-sternum :

ECG de repos joindre une copie du tracé (Origine ethnique – compte tenu de l'influence de l'ethnie sur l'ECG) :CaucasienAfro-caribéenAfrique du nordAsiatiqueIndo-polynésien

Rythme	
Trouble de conduction AV (durée PR)	
Trouble de conduction intra ventriculaire (durée QRS)	
Repolarisation	
QTc	

CONCLUSION :

Echelle 10mm/mV, 25 mm/s

BILAN DIETETIQUE :

normal

anormal

BILAN PSYCHOLOGIQUE :

normal

anormal

TOLERANCE A L'ENTRAINEMENT

normal

anormal

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

Je soussigné(e)

Dr en Médecine du sport certifiée 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

Email du médecin :

Téléphone médecin :

BILAN ANORMAL : Nécessitant des EXAMEN COMPLEMENTAIRES : oui nonNécessitant une contre-indication temporaire : oui nonNécessitant une contre-indication définitive : oui non

(Fournir les comptes rendus des examens complémentaires demandés)

MESURES DE PREVENTIONS/ CONSEILS DONNES :