

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

Remarque préalable : Pour les demandes de triple surclassement, le certificat médical ne peut être délivré que par un centre de médecine du sport reconnu par l'Agence Régionale de Santé et la Direction Régionale de la Jeunesse des Sports.

Les questionnaires ci-joints doivent être envoyés avec les examens exigés dont la liste est fournie en annexe 1.

1 – Questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le sportif ou son tuteur légal (Sportifs hors liste Espoir ou de Haut niveau)

Document à conserver par le médecin examinateur et à envoyer au Médecin Fédéral de la FFSquash.

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Sport pratiqué :**

Heures d'entraînement par semaine : Structure sportive :

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure : Oui..... Non

o si Oui laquelle :

Avez-vous déjà été opéré ? Non Oui

o Si Oui, précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires :

Avez-vous déjà été hospitalisé ? Non Oui

o si Oui pour quelle raison ?

Avez-vous des troubles de la vue ? Non Oui

o 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 à 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
- Suivi un traitement régulier ces deux dernières années : Oui..... Non

Prenez-vous :

- (médicaments, compléments alimentaires ou autres) : Oui..... Non
- Une infection sérieuse dans les mois précédent : Oui..... Non

**FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE
DU SQUASH**

(Page 2 sur 5)

Avez-vous déjà eu : un électrocardiogramme : Non.....Oui - Date :
• un échocardiogramme : Non.....Oui - Date :
• une épreuve d'effort maximale : Non.....Oui - Date :

Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation ? Non..... Oui

A quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (Joindre votre dernier bilan)

Fumez-vous ? Non.....Oui

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 ? Non..... Oui
◦ si Oui lesquels
Pour l'asthme ? Non..... Oui
◦ si Oui lesquels

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

Vos dents sont-elles en bon état ? (joindre votre dernier bilan dentaire) Non..... Oui

Avez-vous déjà eu des problèmes vertébraux ? Non..... Oui
• une anomalie radiologique : Non..... Oui
• une luxation articulaire : Non..... Oui
• une ou des fractures : Non..... Oui
• une atteinte tendineuse : Non..... Oui
• des lésions musculaires : Non..... Oui
• des entorses : Non..... Oui
• une maladie de croissance : Non..... Oui

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

Avez-vous une maladie Non citée ci-dessus

Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos polio coqueluche ... Non...Oui Hépatite : ...Non...Oui
Autre précisez

Avez-vous eu une sérologie HIV : Non Oui

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LES JEUNES FILLES

A quel âge avez-vous été réglée.....
Avez-vous un cycle régulier ? Non ... Oui Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? 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 Avez-vous une affection endocrinienne ? Non ... Oui

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

Nom & Prénom : Date : Signature :

2 – Fiche d'examen médical de Non contre-indication apparente à la pratique du Squash

Document à conserver par le médecin examinateur et par le médecin Fédéral de la FFSquash.

Nom : Prénom :
Adresse :
Tel : Date de naissance : Age :

Club ou structure : Discipline pratiquée : Squash
Niveau de pratique Titres ou classement
Heures d'activités physiques par semaine:
Scolarité Objectifs sportifs

CARNET DE SANTE : présenté : Oui – Non

SAISON PRECEDENTE

Maladies : Traitements :
Traumatismes :
Période(s) d'arrêt :
Vaccinations : DTPC ou autre
HB AUTRES

VISION : OD OG Corrections : lunettes lentilles

Bandelette Urinaire : multistix : protéinurie : sang : autres :

MORPHOLOGIE :

Taille : Poids : IMC :
Stade pubertaire : N cycles/an

RACHIS : S fonctionnels : Cyphose : Scoliose : Lordose :

DDS : Lasègue actif : Talon-fesse en procubitus :

Membres supérieurs :

Membres inférieurs :

Etat musculaire :

Etat tendineux :

Signes fonctionnels ostéo-articulaires :

APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

Recherche d'un souffle cardiaque (position couchée et debout) :

Palpations des fémorales :

Signes cliniques de syndrome de Marfan :

Mesure de la Pression artérielle aux deux bras (position assise) :

Facteurs de risque :

Signes fonctionnels :

Fréquence cardiaque de repos :

ECG si nécessaire : (résultat à joindre) :

Test d'effort si nécessaire : (résultat à joindre) :

Echographie cardiaque si nécessaire : (résultat à joindre) :

APPAREIL RESPIRATOIRE

Perméabilité nasale :
Auscultation : Asthme : Débit de pointe :.....

ETAT DENTAIRE ET ORL

BILAN PSYCHOLOGIQUE :

Antécédents familiaux :
Difficultés sociales (famille, école, entraîneur...) :
Comportement adapté durant la visite :
Troubles émotionnels :
Trouble du sommeil :
Troubles alimentaires :

BILAN NUTRITIONNEL :

Nombre de repas :
Collation grignotage :
Petit déjeuner :
Compléments alimentaires :
Apport vitaminés :

OBERVATIONS-CONCLUSION :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 1 : Liste des pièces à fournir

Pièces à fournir		
1- Le questionnaire complété		
2- Un électrocardiogramme d'effort (1)		
3- Une échographie cardiaque (1)		
4- Une recherche par bandelette urinaire (protéinurie, glycosurie, hématurie, nitrites)		
5- Un électrocardiogramme standardisé de repos avec compte rendu médical		

(1) Pièces à fournir uniquement lors de la première demande

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE DU SQUASH

Madame/Monsieur _____

Date de naissance : _____

Licence n° : _____

Ne présente pas de contre-indication apparente à la pratique du squash en compétition

Certificat délivré pour la saison sportive : _____

Contre-indication temporaire : Aucune

Bilan complémentaire demandé : Aucun

Surclassement autorisé en triple surclassement (validité jusqu'au 31/08 de la saison en cours).

Certificat délivré le _____ Par le Docteur _____

Fait pour faire valoir ce que de droit.

**Signature du médecin
ET cachet du centre de Médecine du Sport**