

FICHE EXAMEN MEDICAL SPECIFIQUE SKI

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM Prénom : Date de naissance : Adresse : e-mail | Nom et Prénom du Tuteur : Club : Entraîneur : Médecins traitants : |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1) SPORTS PRATIQUES

Spécialité sportive principale :

Nombre d'heures d'entraînement par semaine :

Nombre de séances d'entraînement par semaine :

Fréquence des compétitions :

Autres sports pratiqués :

.....

Avez-vous changé d'activité sportive ? oui non

Pour quelles raisons ?

Avez-vous eu de longues interruptions ? oui non

Combien de temps ?

2) ANTECEDENTS FAMILIAUX (grands-parents, parents, frères et sœurs) : Précisez l'affection

- Maladies cardiaques (mort subite, infarctus, hypertension) oui non

- Asthme - Allergies oui non

- "Maladie nerveuse" oui non

- Maladies graves oui non

- Ulcères (estomac) oui non

- Diabète oui non

3) ANTECEDENTS MEDICAUX - MALADIES :

Avez-vous eu les maladies ci-après ?

- Asthme oui non

- Primo-infection - Tuberculose oui non

- Autres affections respiratoires (pleurésie, pneumonie, bronchites fréquentes) oui non

- Maladies du cœur, palpitations, douleurs oui non

- Hypertension artérielle, varices oui non

- Maladies des reins et voies urinaires, coliques néphrétiques oui non

- Albumine dans les urines oui non

- Maladies de l'estomac, aigreurs, digestion difficile, troubles de

l'appétit oui non

- Maladies du foie ou jaunisse oui non

- Maladies de l'intestin, douleur, constipation, diarrhée oui non

- Diabète oui non

- Maladies des glandes et maladies métaboliques, tétanie, spasmodie oui non

- Variations importantes de poids : prise de poids, amaigrissement oui non

- Maladie du sang (hémophilie ou autre) oui non

- Méningite, encéphalite oui non

- Paralysie, poliomyélite oui non

- Convulsions, épilepsie, crise nerveuse oui non

- Surmenage, dépression nerveuse ou troubles nerveux oui non

- Rhumatisme articulaire aigu oui non

- Maladies de la peau (eczéma, urticaire ou autres) oui non

- Otites, mastoïdites, troubles de l'audition oui non

- Sinusites fréquentes oui non

- Angines fréquentes, rhinopharyngites, laryngites oui non

- Avez-vous porté ou portez-vous des lunettes ? oui non

- Maladies des yeux oui non

- Réactions allergiques (vaccins, médicaments, aliments, etc) oui non

- Intoxication par produits toxiques aliments, asphyxie (gaz, fumée) oui non

- Maladies infectieuses ou parasitaires : oui non

- Autres maladies : oui non

4) BLESSURES - ACCIDENTS - INTERVENTIONS CHIRURGICALES - Précisez la date

- Fracture du crâne ou de vertèbre oui non
- Traumatisme crânien sans fracture oui non
- Y a t-il eu coma ou perte de connaissance au cours de ces accidents ? oui non
- Fracture des membres inférieurs : oui non
lesquelles ?
- Autres fractures : oui non
lesquelles ?
- Affections musculaires : oui non
(claquage, déchirure musculaire ou autre)
- Affections tendineuses: oui non
(tendinite, rupture de tendon)
.....
- Entorses, luxations : oui non
lesquelles ?
- Douleurs articulaires ou osseuses : oui non
(de croissance ou autre)
- Lombalgies, sciatiques oui non
- Autres accidents : oui non
lesquels ?
-
- Est-ce que ces accidents vous ont gêné dans vos activités sportives pendant plus de 6 mois ? oui non
lesquels ?
-
- Cyphose, scoliose, ou autre : oui non
- Avez-vous effectué une gymnastique corrective ? oui non
- Avez-vous été opéré(e) (appendicite, phimosis) ? oui non
précisez :
-

5) FILLES

- Etes-vous réglée ? oui non
Si oui, depuis quel âge :
- Avez-vous des troubles de règles (avance, retard, douleurs) ? oui non
- Avez-vous eu des affections gynécologiques ? oui non
- Avez-vous pris ou prenez-vous la pilule ? oui non

6) RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- Avez-vous déjà suivi des traitements, et lesquels ?
 - * Hormonaux oui non
lesquels :
 - * Tranquillisants oui non
lesquels :
 - * Stimulants oui non
lesquels :
 - * Fortifiants, vitamines oui non
lesquels :
 - * Autres médicaments oui non
lesquels :
- ⇒ Quand et pendant combien de temps ?
-
- Fumez-vous ? oui non
combien de cigarettes par jour ?
- Avez-vous déjà passé des tests médico-sportifs ? oui non
quand et quels tests ?
-
- Date des dernières vaccinations :
DT Polio :
Cuti : Résultat :
BCG : ROR :
Hépatite B :
- Groupe Sanguin :

Questionnaire remplie le

Signature de l'Athlète :

Signature des Parents : (si enfant mineur)

EXAMEN MEDICAL SPECIFIQUE

(à remplir par le Médecin)

EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SKI

Date de l'examen : DISCIPLINE PRATIQUEE :

Club.....

Médecin examinateur :

NOM : Date de naissance :

Prénom : Age :

PATHOLOGIES DE LA SAISON PRECEDENTE

Médicales :

.....

Traumatiques :

.....

Signes fonctionnels :

.....

BILAN BIOMETRIQUE

Taille debout : cm Masse grasse : % Plis =

Poids : kg Masse maigre : kg Somme =

Stade pubertaire (1 à 5) : Vitesse de croissance = cm / an

Conclusions :

BILAN CARDIO-VASCULAIRE

Signes fonctionnels :

Auscultation : TA =

ECG : compte rendu détaillé =

.....

Indice de Ruffier : (.....) - 200 / 10 =

Conclusions :

ANALYSE D'URINES (par bandelette)

Recherche de : Proteinurie : Glycosurie : Hématurie : Nitrites :.....

APPAREIL LOCOMOTEUR

* RACHIS

Statique vertébrale : . anomalie frontale (examen des flèches) :
. anomalie saggitale :
. statique du bassin :

Dynamique vertébrale : - test de Shober : 10 - Cm
- flexion – extension – rotation :

Conclusions :

* MEMBRES INFÉRIEURS

Axes jambiers : . varum : valgum : normo-axé :
.....
. flectum : récurvatum :
. torsion tibiale :

Souplesse musculaire : . quadriceps (talon-fesse) : ischios :
. psoas : mollets :

Palpation des points d'ossification à la recherche de pathologie ostéocondrale :

Examen des hanches (liberté articulaire) :

Examen des genoux :

- recherche de laxité : .
- rotules :

Examen des chevilles :

Pieds : - Examen podoscopique : . creux : plats : normal : autre :
- Recherche d'exostose ou anomalie liées à la chaussure de ski :

* MEMBRES SUPÉRIEURS :

Examen des épaules:

Examen des coudes:

AUTRES :

AUTRES EXAMENS

* EXAMEN PULMONAIRE

Auscultation :
Exploration fonctionnelle respiratoire :

* EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE : dépistage

Signes fonctionnels :
Port de verres correcteurs (type = lentilles, verres sous masque, etc) :
Acuité visuelle : OD = OG =
Avec correction : OD = OG =

* EXAMEN DENTAIRE : joindre compte rendu certifié du dentiste

* EXAMEN NEUROLOGIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Réflexes ostéotendineux :
Equilibre :
Facteurs de vulnérabilité personnelle et environnementale:

* EXAMEN ORL

Pathologies ORL récidivantes :
EXAMEN AUDITIF : dépistage
Acuité auditive : OD = OG =

* EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Troubles de la puberté :
Moyens contraceptifs :

OBSERVATIONS PARTICULIERES

Examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude au ski demandés :
.....
.....

CONSEILS D'ENTRAINEMENT (observations sur les tests de suivi d'entraînement)

DETERMINATION DE L'APTITUDE (cocher la case correspondante)

APTE

INAPTE TEMPORAIRE

INAPTE DEFINITIF

Durée :