



DOSSIER MEDICAL

FICHE ADMINISTRATIVE

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

Mail :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Spécificité (pathologies, handicap...) :

Sport pratiqué :

Catégorie :

Surclassement : oui non

Nombre d'années d'ancienneté dans ce sport :

Autres activités sportives :

Nombre d'heures de sport / semaine au total :

Nom et coordonnée téléphonique du médecin traitant :

Nom et coordonnée téléphonique du médecin du sport :



CONSULTATION

Date :

Nom du médecin :

Antécédents pertinents :

Vaccinations à jour :

Hépatite B oui non

Tétanos - polio oui non

Traitement chronique actuel :

ANTHROPOMETRIE

Poids (kg) :

Taille (cm) :

IMC =

Stade pubertaire (Tanner):

Variation de poids récente :

Régime réalisé ou en cours :

Trouble du comportement alimentaire :

Prise de complément alimentaire :

Dyslipidémie connue : oui non

Consommation régulière d'alcool : oui non

Indication consultation diététique oui non

Commentaires :





EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE

Signes fonctionnels : oui non

Lesquels (recherche signe de phlébite, dyspnée, OMI...) :

Auscultation :

Souffle cardiaque (position couché et debout) : oui non

Caractéristiques :

Rythme régulier oui non

Mesure de la TA (couché) au deux bras :

ECG (12 dérivations) :
(Obligatoire à partir de 12 ans)

Rythme :

Axe de QRS :

Repolarisation :

Indication avis spécialisé oui non
Commentaires :

EXAMEN PULMONAIRE

Tabagisme : oui non

Signes fonctionnels : oui non

Lesquels :

Auscultation :

Résultats E.F.R. récent (< 6 mois)
(Obligatoire en cas de contexte asthmatique !)

V.E.M.S :
C.V :

l/min
Débit de pointe :





Indication avis spécialisé
Commentaires :

oui non

Douleurs à l'effort : oui non Siège :

Origine suspectée:

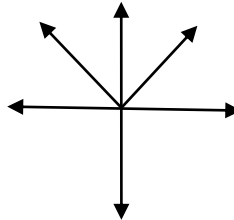
Instabilité à l'effort ou dans AVQ : oui non Topographie :

Hyper-laxité générale(maladie de Marfan...): oui non
(Contre-indication dans sport de contact ou sport à hyper sollicitation d'épaule)

EXAMEN DU RACHIS

Signes fonctionnels :

Mobilité du rachis cervical :



Mobilité du rachis lombaire :

Schoeber modifié : 15 + cm

Distance doigt-sol : cm

Distance doigt-tête fibula : D cm G cm

Douleur en hyper-extension lombaire : oui non

Equilibre du bassin :

Frontal :

Sagittal :





Gibbosité : oui non Topographie :

Syndrome radiculaire : oui non Topographie :

Rétraction des chaînes musculaires sous-pelviennes :

Postérieures : oui non

Antérieures : oui non

Commentaires :

Examen des membres supérieurs :

Douleur : oui non Topographie :

Amyotrophie : oui non Topographie :

Laxité articulaire : oui non Topographie :

Topographies et commentaires :

Raideur articulaire : oui non

Topographies et commentaires :

Examen membres inférieurs :

Douleur : oui non Topographie :

Amyotrophie : oui non Topographie :

Laxité articulaire : oui non



Topographies et commentaires :

Raideur articulaire : oui non

Topographies et commentaires :

Risque de Syndrome femoro-patellaire : oui non

Topographies et commentaires :

Genuvarum Genuvalgum Flexum Genurecuvartum

Ressaut douloureux de la hanche : oui non

Topographies et commentaires :

Signe de maladie de croissance : oui non Topographie :

Inégalité de longueur de membre : oui non Topographie :
(A compléter d'un cliché télémétrique des MI si nécessaire !)

Si Oui différence de mm / G > ou < D

Examen podoscopique :

Topographies et commentaires :





Indication avis spécialisé ?
Commentaires

oui non

EXAMEN ORL

Hypo-acousie : oui non

Déformation nasale : oui non

Etat des tympans :

Signe de vasalva :

Indication avis spécialisé ?
Commentaires :

oui non

EXAMEN OPHTAMOLOGIQUE

Gêne fonctionnelle : oui non

Laquelle :

Port de lentilles : oui non

Acuité visuelle : OD sans correction

OG sans correction

Indication avis spécialisé ?
Commentaires :

oui non

EXAMEN DENTAIRE

Indication avis spécialisé ?
Commentaires :

oui non



Compte rendu d'examen datant de moins de 6 mois :

DIVERS

Troubles du sommeil : oui non

Troubles psychiatrique : oui non

Le ou lesquels :

Troubles des règles : oui non

Suite de couche : oui non

Contraception orale : oui non

Laquelle :

Incontinence urinaire : oui non





FICHE DE CONCLUSION

(Document non officiel – rédaction du certificat de non contre-indication indispensable !)

SYNTHESE

APTITUDE

INAPTITUDE TEMPORAIRE

EXAMENS COMPLEMENTAIRE EN ATTENTE

DATE :

SIGNATURE & CACHET DU MEDECIN