

## DEPARTEMENT MEDICAL

### SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE

SHN	EXAMENS	PERIODE
1 <sup>er</sup> bilan	ECG de repos Bilan clinique Bilan psychologique Bilan sur les habitudes alimentaires Bilan sur la tolérance à l'entraînement	Entre Novembre et Décembre
2 <sup>ème</sup> bilan	Bilan clinique Bilan psychologique <i>pour les mineurs</i> Bilan sur les habitudes alimentaires Bilan sur la tolérance à l'entraînement <b>Bilan biologique* Uniquement pour les Sélectionnés en EDF</b>	Entre Avril et Juin

ESPOIRS	EXAMENS	PERIODE
1 <sup>er</sup> bilan	ECG de repos Bilan clinique Bilan psychologique Bilan sur les habitudes alimentaires Bilan sur la tolérance à l'entraînement	<b>- Avant Septembre pour les 1ères inscriptions en pôle</b> - Entre Novembre et Décembre
2 <sup>ème</sup> bilan Uniquement pour les Sélectionnés en EDF	Bilan clinique Bilan psychologique <i>pour les mineurs</i> Bilan sur les habitudes alimentaires Bilan sur la tolérance à l'entraînement	Entre Avril et Juin

**Bilan biologique\* : NFS – ferritine - réticulocytes - transaminases – glycémie - CPK - uricémie - créatinine - groupe sanguin**

## Quelles sont vos habitudes alimentaires ?

Nom.....Prénom .....

Discipline.....Date de l'examen

### Avant de répondre aux questions, voici comment calculer vos portions ?

J'utilise les équivalences de portions...

◇ Groupe 1 : Eau

1 portion = 1 verre de 25 cl

◇ Groupe 2 : Protéines

1 portion = 1 morceau de viande = 2 à 3 tranches de jambon = 1 part de poisson = 2 œufs

◇ Groupe 3 : Laitages

1 portion = 1 bol de lait = 1 yaourt = 1 part de fromage (environ 1/8 de camembert)

◇ Groupe 4 : Produits céréaliers

1 portion = 1 bol de céréales, de muesli, ou de flocons d'avoine = 1 morceau de pain = 2 tranches de pain = 1 assiette de riz, de pâtes ou de pommes de terre = 1 assiette de lentilles ou de haricots blancs = 1 assiette de semoule.

◇ Groupe 5 : Fruits et Légumes

1 portion = 1 fruit = 1 salade de fruits = 1 compote = 1 salade, 1 crudité = 1 assiette de légumes cuits.

◇ Sucreries et boissons sucrées :

Exemple : 20 cl de boisson sucrée = 1 barre chocolatée = 1 gâteau = 1 croissant = 5 bonbons = 1 crème dessert.

### Questionnaire alimentaire

#### Boissons : quelle quantité buvez-vous chaque jour ou chaque semaine ?

##### (Préciser /j ou /semaine)

Eau (en Litre) : .....Laquelle : .....

Soda (en Litre) : .....Lesquels : .....Jus de fruits.....pressé? pur jus? nectar?

Vin : .....Alcool : .....Lesquels : .....

Café : .....Thé : .....Tisane : .....

#### Combien de fois par jour, par semaine ou par mois consommez-vous :

##### (Préciser /j ou /semaine ou /mois)

De la viande (y compris jambon).....

Lesquelles ? .....Mode de cuisson : .....

*(dans le beurre, la margarine, huile, ou sans graisse)*

Du poisson : .....Lesquels ? .....Mode de cuisson : .....

Des œufs : .....Mode de cuisson : .....

De la charcuterie (pâté, saucisson, ...) ou quiche, pizza, friand, chips.....

Des produits laitiers :

Lait (écrémé,  $\frac{1}{2}$  écrémé, entier).....Quelle quantité ? .....

Entourer la réponse correspondante

Lait de vache : .....Lait de chèvre : .....Autre (lait de soja par ex.) .....

Fromages : .....Lesquels ? .....

Yaourts : .....Lesquels ? (nature, sucrés, aux fruits).....

Crèmes desserts : .....Lesquelles ? (Danette, flan, Viennois,...).....

Des céréales : .....Lesquelles ? (au petit-déjeuner par ex.).....

Du pain.....Lequel (pain blanc, pain complet, autre...).....  
*(donner la quantité totale de tranches ou de morceaux sur la journée - voir l'explication)*

Des féculents (pâtes, riz, pommes de terre).....  
*(1 portion = 1 assiette raisonnable, sinon compter 2 portions)*

Des lentilles, haricots blancs, pois, fèves.....

Des fruits : .....Des légumes cuits:.....

Des crudités et de la salade : .....  
*(préciser l'assaisonnement; si vinaigrette, quelle huile ?)*

Des fruits secs ?.....Lesquels ? .....

Des pâtisseries (gâteaux, sucreries, barres chocolatées) : .....

Des viennoiseries (croissants, pains au chocolat, ...) .....

Combien de fois par semaine allez vous au restaurant ? .....  
*Préciser Fast-food, pizzeria,*

Prenez-vous des compléments alimentaires ? OUI/NON Lesquels ? .....

**Analyse**

Nombre de portions	Eau GR 1	Protéines GR 2	Laitages GR 3	Produits Céréaliers GR 4	Fruits et Légumes GR 5	Sucreries et boissons sucrées
Petit-déjeuner						
Déjeuner						
Goûter						
Dîner						
En dehors des repas						



## 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](mailto: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 :

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

<b>REPOS</b>	F.C.	T.A.
Commentaire		

<b>SPIROMETRIE</b>	(facultatif)
C.V. :	
V.E.M.S :	
Peak Flow :	

### CONCLUSION

#### SYMPTOMES ACTUELS

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

## 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 :

Cheville :                      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

Questionnaire de dépistage de la **tolérance à l'entraînement** (établi par la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport)

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>
Profession :	Si vous êtes étudiant, êtes-vous en période d'examens ? oui non	<b>Examen le</b>

<b>Quelle est votre discipline sportive principale ?</b>	Je fais des contre-performances .....	oui	non
<b>Quel est votre niveau de pratique ?</b>	je m'enrhume fréquemment .....	oui	non
Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ? .....	J'ai des problèmes de mémoire .....	oui	non
Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale ? .....	Je grossis .....	oui	non
Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ? .....	Je me sens souvent fatigué-e .....	oui	non
Nombre de compétitions dans la mois qui précède (en journées de compétition) ? .....	Je me sens en état d'infériorité .....	oui	non
<b>Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les.</b>	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes .....	oui	non
Y a-t-il eu au cours du dernier mois un évènement ayant perturbé votre vie personnelle ? .....	J'ai plus souvent mal à la tête .....	oui	non
Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? .....	Je manque d'entrain .....	oui	non
Prenez-vous un traitement actuellement ? .....	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements .....	oui	non
<i>Si oui, lequel ?</i>	Je me confie moins facilement .....	oui	non
Avez-vous effectué un stage en altitude dans les 15 derniers jours ? .....	Je suis souvent patraque .....	oui	non
Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autre raison) ? .....	J'ai plus souvent mal à la gorge .....	oui	non
<b>FEMMES :</b> Avez-vous des troubles des règles ? .....	Je me sens nerveux-se, tendu-r, inquiet-e .....	oui	non
	Je supporte moins bien mon entraînement .....	oui	non
	Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos .....	oui	non
	Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort .....	oui	non
	Je suis souvent mal fichu-e .....	oui	non
	Je me fatigue plus facilement .....	oui	non
	J'ai souvent des troubles digestifs .....	oui	non
	J'ai envie de rester au lit .....	oui	non
	J'ai moins confiance en moi .....	oui	non
	Je me blesse facilement .....	oui	non
	J'ai plus de mal à rassembler mes idées .....	oui	non
	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive .....	oui	non
	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles .....	oui	non
	J'ai perdu de la force, du punch .....	oui	non
	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler .....	oui	non
	Je dors plus .....	oui	non
	Je tousse plus souvent .....	oui	non
	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive .....	oui	non
	Je prends moins de plaisir à mes loisirs .....	oui	non
	Je m'irrite plus facilement .....	oui	non
	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle .....	oui	non
	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre .....	oui	non
	Les séances sportives me paraissent trop difficiles .....	oui	non
	C'est ma faute si je réussis moins bien .....	oui	non
	J'ai les jambes lourdes .....	oui	non
	J'égare plus facilement les objets (clés etc.) .....	oui	non
	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires .....	oui	non
	Je maigris .....	oui	non
	Je me sens moins motivé-e, j'ai moins de volonté, moins de ténacité .....	oui	non

<b>Examen pratiqué par le Dr</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Demande de(s) bilan(s) complémentaire(s)</b> <b>OUI   NON</b>	