



**NOM** : **PRENOM** : **Né(e)** : / /

**ANTEDECENTS MEDICAUX :**

**Familiaux** :

**Personnels**

- Médicaux :
- Chirurgicaux :
- Gynécologiques :
- Traumatiques :
- Allergies :
- Traitement en cours :

**AUT :**

**Contraception :**

**VACCINATION** Dernier rappel DTCP :

**Autres :** Joindre copie carnet vaccination

**SYMPTOMES ACTUELS**

- Doléances :
- Humeur :
- Régime alimentaire :
- Troubles de sommeil :
- Cycle :

**EXAMEN CLINIQUE**

**Poids :** **Taille :** **Envergure :** **BMI :**  
**Masse grasse par impédancemétrie** % **ou** **Masse grasse 4 plis cutanés :** %

**PNEUMOLOGIQUE :** **FR :** **Peak Flow :**

**OPHTALMOLOGIQUE :** **Acuité visuelle** **OD :** **OG :**

**Correction : Oui/Non** **Lunettes : Oui/Non** **Lentilles : Oui/Non** **Date dernière visite :**

**ORL :**

**Nez :** **Oreille :** **Sinus :** **Gorge :** **Buccodentaire :**

**DERMATOLOGIQUE :**

**NEUROLOGIQUE :**



**LOCOMOTEUR :**

**Rachis :**

**Sagittal :**

**Frontal :**

**Membres supérieurs**

**Epaule :**

**Coude :**

**Poignet :**

**Main :**

**Membres inférieurs**

**Hanche :**

**Genou :**

**Cheville :**

**Souplesse générale :**

**Distance doigt-sol :**

**Distance menton-sternum :**

**CONCLUSION DE L'EXAMEN GENERAL**

**Date :**

**signature**

**Cachet**

**EXAMEN BIOLOGIQUE A REALISER :**

**NFS, Plaquettes, Ferritinémie, bilan lipidique.**



## BILAN CARDIOLOGIQUE

Pression artérielle :

Fréquence cardiaque :

Auscultation cardiaque :

Pouls périphériques :

ECG de repos :

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

Echelle 10mm/mV, 25 mm/s

**CONCLUSION DE L'ECG obligatoire sans oublier de joindre le tracé**

**Date, Signature et Cachet**



**NOM :**

**PRENOM :**

**Né(e) : / /**

## **BILAN PSYCHOLOGIQUE**

***Ce bilan psychologique est réalisé, lors d'un entretien spécifique, par un médecin ou par un psychologue sous responsabilité médicale en respectant la confidentialité avec le sportif***

***Marquer d'un trait vertical votre évaluation sur le curseur entre mauvais et excellent***

### **Niveau d'anxiété**

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1. Qualité du sommeil, de l'endormissement, du stress :                              | Mauvais [   ] Excellent |
| 2. Anxiété de performance scolaire et sportive :                                     | Mauvais [   ] Excellent |
| 3. Plaintes somatiques répétées avec examen clinique normal :<br><i>Spasmophilie</i> | Mauvais [   ] Excellent |
| 4. Absentéisme scolaire ou sportif ? (Perfectionnisme)                               | Mauvais [   ] Excellent |

### **Conduites à risques et oppositionnelles**

Mauvais [   ] Excellent

*(Auto agressivité, hétéro agressivité, consommation de toxiques, ivresses, sexualité précoce, sexualité non protégée, conduite dangereuse, résultats scolaires en baisse etc...)*

### **Difficultés alimentaires :**

Mauvais [   ] Excellent

*(Vomissements post prandiaux, anorexie, boulimie, laxatifs etc... ?)*

### **L'humeur :**

Mauvais [   ] Excellent

*(Tristesse, perte de l'élan vital, sommeil refuge, réveil fatigué, hyperactivité etc.. ?)*

### **Qualité relationnelle avec :**

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1. La famille :                                 | Mauvais [   ] Excellent |
| 2. Les amis :                                   | Mauvais [   ] Excellent |
| 3. Le club, (isolement, bizarreries etc... ?) : | Mauvais [   ] Excellent |

**Un suivi serait-il Souhaitable ?**

**OUI/NON**

### **OBSERVATIONS**

**Date, signature et cachet du Psychologue**

**Date signature et cachet du Médecin**



## QUESTIONNAIRE DE SURENTRAINEMENT

	QUESTIONNAIRE DE SURENTRAINEMENT	OUI	NON
1	Ce dernier mois mon niveau de performance sportive ou mon état de forme a diminué		
2	Je fais de contre-performances		
3	Je me sens en état d'infériorité		
4	Mes gestes sont moins précis, moins habiles		
5	J'ai des crampes, courbatures, douleurs musculaires fréquentes		
6	Je prends moins plaisir à mon activité sportive		
7	Les séances me paraissent trop rapprochées		
8	Je supporte moins bien mon entraînement, les séances sont difficiles		
9	Je me fatigue plus facilement, j'ai parfois des malaises ou des étourdissements		
10	Je me blesse facilement		
11	Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos		
12	J'ai moins confiance en moi, et je m'irrite plus facilement		
13	J'ai les jambes lourdes		
14	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive		
15	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité		
16	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle		
17	Je dors moins OU plus qu'avant		
18	Je somnole et bâille dans la journée		
19	Mon désir sexuel a diminué OU j'ai des troubles des règles		
20	J'ai une sensation de palpitations		
21	J'ai moins d'appétit qu'avant OU je mange davantage		
22	J'ai une sensation de gorge serrée		
23	Je maigris OU je grossis		
24	J'ai souvent des troubles digestifs		
25	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires		
26	Je prends moins de plaisir à mes loisirs		
27	Je me sens nerveux, tendu, inquiet		
28	J'ai plus souvent mal à la gorge		
29	Je m'enrhume fréquemment		
30	Je me sens souvent fatigué		
<b>TOTAL</b>			

*Si plus de 12, argument en faveur d'un état de surentraînement, en parler à l'entraîneur et au médecin*

Date :

signature

Cachet



## BILAN DIETETIQUE

Cet entretien vise à établir :

- un bilan diététique avec une définition des habitudes alimentaires de l'athlète
- des conseils nutritionnels

Boissons : quelle quantité buvez-vous chaque jour ou chaque semaine ? (Préciser /j ou / semaine)

Eau (en Litre) : ..... 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, ½ écrémé, entier) ..... Quelle quantité ?  
 ..... Entourer la réponse correspondante Lait de vache : ..... Lait de chèvre : ..... Autre (lait de soja par ex.) .....

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

Yaourts : ..... Lesquels ? (Natures, 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 ? ... ..



Nombre de portions	Eau GR1	Protéines GR2	Laitages GR 3	Prod. Céréaliers GR 4	Fruits & Légumes GR 5	Sucreries et boissons sucrées
Petit-déjeuner						
Déjeuner						
Goûter						
Dîner						
En dehors des repas						

**Date :**

**signature**

**Cachet**

