



SMR – Examen médical

NOM :Prénom :

Né(e) le :

Examen effectué à : le : Par le Docteur :

Signature et Cachet :

1. INTERROGATOIRE :

Antécédents particuliers :

.....

Pathologie depuis le dernier examen :

Blessures depuis le dernier examen :

Allergie connue (médicamenteux ou autre) :

Signe fonctionnel ce jour :

2. EXAMEN CARDIAQUE :

Signes fonctionnels cardiaques :

Dyspnée à l'effort : Palpitations : Douleurs thoraciques :

Autre :

Récupération :

T.A. : Pulsations :

Auscultation cardiaque :

Examen vasculaire (artério veineux) :

Electrocardiogramme de repos joindre une copie du tracé et valider cet examen sur la fiche récapitulative (**à réaliser une seule fois par an**).

Interprétation :

Fréquence : Rythme:..... Axe:.....

Conduction:.....

Repolarisation :

3. EXAMEN RESPIRATOIRE :

Signes fonctionnels respiratoires :

Tabagisme :

Asthme..... si **OUI** fournir les résultats de la dernière E.F.R. (justification thérapeutique)

Auscultation pulmonaire

Rétractions lombo-pelviennes

	D	G
Chaines postérieures MI		
Psoas (angle Hz – cuisse)		
DA (DTF)		
Tension sur Piriforme	Oui Non	Oui Non

Examen d'autres articulations (selon ATCD et interrogatoire)	
Epaule :	Commentaires :
Coude :	
Poignet :	
Genou :	
Pied :	

Merci de mettre une **X** dans la case correspondante



Examen postural général : Indices à coter par une X dans la colonne de droite		
	Disparition des courbures associées à des douleurs ostéo-articulaires	
	Disparition des courbures rachidiennes, troubles morphologiques	
	Courbures et équilibre physiologiques respectés	
Examen périphérique : Indices à coter par une X dans la colonne de droite		
	Lésion périphérique décompensée nécessitant une restriction d'activité à ce jour	
	Lésion à risque de compensation	
	Pas d'élément pathologique retenu	

7. EXAMEN DERMATOLOGIQUE :

Pathologie depuis le dernier examen :

8. EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE :

Sans correction : Œil droit :
Œil gauche :

Avec correction : Œil droit :
Œil gauche :

Vision chromatique :

Type de correction :

9. QUESTIONNAIRE GYNECOLOGIE :

Type de contraception ?

Les douleurs de règles me gênent parfois à l'entraînement	OUI	NON
A l'entraînement, à la course, au saut... à la toux, j'ai parfois quelques « fuites urinaires »	OUI	NON

10. QUESTIONNAIRE SUR LA FATIGUE, DEPISTAGE DU SURENTRAÎNEMENT :

(La somme du score de chaque réponse donne le score total de fatigue)

Pendant la semaine :	Pas du tout			Normal			Beaucoup	
J'ai trouvé l'entraînement plus difficile	1	2	3	4	5	6	7	
J'ai plus dormi	1	2	3	4	5	6	7	
Mes jambes étaient plus lourdes	1	2	3	4	5	6	7	
J'ai attrapé froid ou eu une infection	1	2	3	4	5	6	7	
Ma concentration était plus difficile	1	2	3	4	5	6	7	
J'ai travaillé moins efficacement	1	2	3	4	5	6	7	
Je me suis senti plus irritable	1	2	3	4	5	6	7	
J'ai été plus stressé à la maison, au travail	1	2	3	4	5	6	7	

TOTAL :

11. VACCINATION :**Usuelle**

VACCIN	Date de la 1 ^{ère} Injection	Date du dernier Rappel
BCG		
DTP		
Hépatite B		
ROR		

Maladies Tropicales

VACCIN	Date des dernières injections réalisées
Fièvre Jaune	

12. BILAN DIETETIQUE : (faire un résumé)

.....

.....

.....

.....

13. BILAN PSYCHOLOGIQUE :

Le sportif présente : ☐ Aucune difficulté particulière ☐ Quelques questionnements ou difficultés

Les questionnements ou difficultés se situent au niveau :

Du projet sportif : ☐ Oui ☐ Non ☐ Avis mitigé, Du projet scolaire, univ. Prof : ☐ Oui ☐ Non ☐ Avis mitigé

Du contexte familial : ☐ Oui ☐ Non ☐ Avis mitigé, Des relations à l'environnement : ☐ Oui ☐ Non ☐ Avis mitigé

Une aide psychologique est conseillée : ☐ Oui ☐ Non----- ☐ Ponctuelle ☐ Régulière

14. BILAN BIOLOGIQUE:

- Le sportif vous a-t-il présenté les résultats de sa prise de sang ? ☐ Oui ☐ Non
- Cet examen est-il normal ? ☐ Oui ☐ Non
 - Si non, pourquoi ?
- Avez-vous prescrit des examens complémentaires ? ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, lesquels ?

15. CONCLUSION :

.....

.....

.....

.....

