BILAN MEDICAL SMR

FICHE DE SYNTHESE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A REMPLIR PAR LE SPORTIF** | | | | | |
| **Nom :**  **Tél : Scolarité** | **Prénom :**  **Mail (obligatoire) :** | **Né(e)** | **/** | **/** | **Age : ans Sexe :** |
| **Discipline : Structure (pôle) : Responsable :** | **Mail :** |  |  |  | **Tél :** |
| **Club :** | **Mail :** |  |  |  | **Tél :** |
| **Médecin :**  **(Club ou structure)** | **Mail :** |  |  |  | **Tél :** |
| **Médecin traitant :** | **Mail :** |  |  |  | **Tél :** |
| **Kiné :** | **Mail :** |  |  |  | **Tél :** |

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ECG de repos** | | **normal** | | **anormal** | | **anomalie mineure** |
| **(Ech.10mm/mV, 25 mm/s)** | |  | |  | |  |
| **Questionnaire psychologique :** | | **normal** | | **anormal** | | **anomalie mineure** |
| **Questionnaire diététique :** | | **normal** | | **anormal** | | **anomalie mineure** |
| **Questionnaire surentrainement :** | | **nombre de oui :** | |  | |  |
| **Observation Conclusion obligatoire (Estimation d’une bonne tolérance à l’entraînement)** | | | | | | |
| **CERTIFICAT**  **Je soussigné(e)** **Docteur en Médecine du sport certifie avoir**  **examiné le (la) sportif(ve)…** **et avoir constaté, ce jour, l’absence de**  **signe clinique décelable contre indiquant la pratique** **en stage et en compétition.**  **Date, Signature et Cachet** | | | | | | |
| **Email du médecin :** | | |  | **Téléphone médecin :** | | |
| **BILAN ANORMAL :**  **Nécessitant des examens complémentaires :** | | |
| * **oui** | * **non** | | | |
| **Nécessitant une contre-indication temporaire :**   |  |  | | --- | --- | | * **oui** | * **non** | | | |  |  | | |
| **Nécessitant une contre-indication définitive :**   |  |  | | --- | --- | | * **oui** | * **non** | | | |  |  | | |
| **(Fournir les comptes rendus des examens complémentaires demandés)** | | | | | | |

**MESURES DE PREVENTIONS/ CONSEILS DONNES :**