**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 :**

**ABDOMEN:**

**Rate : Foie :**

**Troubles fonctionnels :**

**Orifices herniaires :**

**Génito-urinaire :**

**Fosses lombaires :**

**DERMATOLOGIQUE :**

**NEUROLOGIQUE :**

**LOCOMOTEUR :**

**Rachis : Sagittal : Frontal :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Membres supérieurs** | **Epaule :** | **Coude :** |  |
| **Membres inférieurs** | **Poignet :**  **Hanche :** | **Main :**  **Genou :** | **Cheville :** |
| **Souplesse générale :** | **Distance doigt-sol :** |  | **Distance menton-sternum :** |

# CONCLUSION DE L’EXAMEN GENERAL

**Date : signature Cachet**

**EXAMEN BIOLOGIQUE A REALISER :**

**NFS, Réticulocytes, Ferritine.**

# BILAN CARDIOLOGIQUE

**Pression artérielle : Fréquence cardiaque :**

**Auscultation cardiaque : Pouls périphériques :**

**ECG de repos (Origine ethnique – compte tenu de l’influence de l’ethnie sur l’ECG) :**

* + Caucasien ☐ Afro-caribéen ☐ Afrique du nord ☐ Asiatique ☐ Indo-polynésien

|  |  |
| --- | --- |
| 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 : Mauvais [ ] Excellent

*Spasmophilie*

1. 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 |  |  |
| **TOTAL** | |  |  |

*Si plus de 12, argument en faveur d’un état de surentraînement,* ***en parler à l’entraineur 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**

**ECHOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE**

Dans le cadre de la surveillance médicale des sportifs de haut niveau (Art. A. 231-4 et suivants du Code du Sport),

Les nouveaux sportifs inscrits sur les listes SHN doivent bénéficier d’une échocardiographie transthoracique avec compte rendu

**En cas d’anomalie pouvant engendrer une contre-indication temporaire ou définitive à la pratique du sport en compétition, nous vous remercions d’en alerter, dans les délais les plus brefs, l’athlète, son médecin traitant ainsi que le médecin coordonnateur de la fédération, Docteur X. FANÇA.**

**Le paiement de cet examen, au tarif conventionné, sera réalisé à réception du compte rendu.**

Merci d’adresser la facture et les résultats de l’examen à l’attention de :

**Xavier FANCA, médecin fédéral**

**FFRS,**

**6 boulevard Franklin Roosevelt, CS 11742,**

**33080 Bordeaux Cedex**

**Ou par mail en PDF à**

**dtn@ffroller-skateboard.com**

Dans l’attente, veuillez recevoir mes salutations confraternelles.

**Docteur Xavier** **FANÇA**

Une image contenant croquis, écriture manuscrite, ligne

Description générée automatiquement