**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**