FEDERATION FRANCAISE DE NATATION

FICHE MEDICALE - SMR 2 fois par an

EXAMEN PREVENTIF NON PRIS EN CHARGE PAR LA CPAM

A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN DU SPORT UNIQUEMENT

Nom **Prénom** ……

Ne (e) le : **Sport** ……

Examiné le **Par le Dr**

Age ans **Sexe** **Activité scolaire ou professionnelle** **……**

Entraînement actuel (nombre de séances par semaine et contenu) : ……

Adresse :……

Tel : E-mail obligatoire

EXAMEN D'URINES
2 fois par an

Glucose …….. Protéines…….. Hématies …… Nitrites ……..

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Poids	……kg		Taille	……..cm
Plis cutanés	Bi	……	Tri	……
	S/Scap	……	S/III	……
	TOTAL	……	Masse Grasse	……..%

Masse grasse par impédancemétrie (facultatif)…… ……. %

E.C.G. de repos	(1 fois par an)
Rythme	
C.A.V.	
C.I.V.	
Repolarisation	

	F.C.	T.A.
Repos		

Commentaires :

Commentaires :

Antécédents Médicaux et/ou mise à jour depuis le dernier examen du :

♦Familiaux

♦Personnels
-Médicaux

-Traumatiques

- Chirurgicaux

- Allergie

VACCINATIONS : Derniers rappels DT polio : autres :

VISION OD : OG :
Correction : oui / non Lunettes : OUI/NON Lentilles : OUI/NON Date dernière visite :
A U T :

SYMPTÔMEACTUELS :

♦ doléances :
♦ prise de médicaments :
♦ régime alimentaire :
♦ scolarité :
♦ humeur :
♦ troubles de sommeil :

♦ gynécologie (contraception, date des dernières règles…)

EXAMEN CLINIQUE :

♦ examen dentaire (date) :
♦ cardiologie :
♦ pouls périphériques :
♦ pneumologie:

♦ O.R.L. Nez : Oreille Sinus : Gorge :
♦ aires ganglionnaires :
♦ abdomen Rate Foie
Troubles fonctionnels :
♦ génito-urinaire : OH: Fosses lombaires : Stade pubertaire :
♦ dermatologique :
♦ neurologique :
♦ locomoteur
♦ podoscopie
♦ statique
♦ rachis Sagittal :

Frontal :

♦ membres supérieur : Epaule : Rot Int :
Rot Ext :
Coude :

Poignet :

Main :

♦ membres inférieurs : Hanche :

Genoux : laxité :

Cheville : Laxité :

♦ souplesse générale

DIVERS :

♦ Bilan biologique :
♦ bilan psychologique : *Joindre le Compte Rendu.*

CONCLUSION OBLIGATOIRE pour validation par le médecin coordonnateur:

Nom et cachet du Médecin

FICHE PSYCHOLOGIQUE – SMR

Majeur : 1 fois par an
Mineur : 2 fois par an

Fiche à remplir en respectant la confidentialité avec le sportif

Nom **Prénom** **Date de Nais.**

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

NIVEAU D'ANXIETE

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)
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. .. ?)

DIFFICULTES 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.. ?)

QUALITE 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 CONCLUSION

Nom et cachet du Psychologue **Nom et cachet du Médecin**

Date **Date**

Cette fiche doit être remplie soit:

- ✓ **par un médecin**
- ✓ **par un psychologue à la demande du médecin et visée par ce dernier.**