

BILAN MEDICAL SMR
Examen préventif, non pris en charge par la CPAM

NOM : **PRENOM :** **Né(e) :** / /

ANTEDECENTS MEDICAUX :

Familiaux :

Personnels

- Médicaux :
- Chirurgicaux :
- Gynécologiques :
- Traumatiques :
- Allergies :
- Traitement en cours :

AUT :

Contraception :

VACCINATION Dernier rappel DTCP :

Autres : Joindre une copie du carnet de 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 :

AIRES GANGLIONNAIRES

ABDOMEN :

Rate :

Foie :

Troubles fonctionnels :

Orifices herniaires :

Génito-urinaire :

Fosses lombaires :

DERMATOLOGIQUE :

BILAN MEDICAL SMR
Examen préventif, non pris en charge par la CPAM

NEUROLOGIQUE :

LOCOMOTEUR :

Rachis :

Sagittal :

Frontal :

Membres supérieurs

Epaule :

Coude :

Poignet :

Main :

Membres inférieurs

Hanche :

Genou :

Cheville :

Souplesse générale :

Distance doigt-sol :

Distance menton-sternum :

CONCLUSION DE L'EXAMEN GENERAL

Date :

signature

Cachet

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

Cachet

BILAN MEDICAL SMR
Examen préventif, non pris en charge par la CPAM

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 :
<i>Spasmophilie</i> | Mauvais [- - - - -] Excellent |
| 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...)

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, <i>(isolement, bizarreries etc... ?)</i> : | Mauvais [- - - - -] Excellent |

Un suivi serait-il Souhaitable ?

OUI/NON

OBSERVATIONS

Date, signature et cachet du Psychologue

Date signature et cachet du Médecin

BILAN MEDICAL SMR
Examen préventif, non pris en charge par la CPAM

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **Né(e) :** / /

BILAN DIETETIQUE

Boissons : quelle quantité buvez-vous chaque jour ou chaque semaine ? (Préciser /j ou / semaine)

Eau (en Litre) : Laquelle :
 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

Comment remplir ce questionnaire

J'utilise les équivalences de portions....

- Groupe 1 : Eau :
1 portion = 1 verre de 25 cl
- Groupe 2 : Protéines
1 portion = 1 morceau de viande
= 2 à 3 tranches de jambon
= 1 part de poisson = 2 œufs
- Groupe 3 : Laitages
1 portion = 1 bol de lait
= 1 yaourt
= 1 part de fromage (environ 1/8 de camembert)
- Groupe 4 : Produits céréaliers
1 portion = 1 bol de céréales, de muesli, ou de flocons d'avoine
= 1 morceau de pain = 2 tranches de pain
= 1 assiette de riz, de pâtes ou de pommes de terre
= 1 assiette de lentilles ou de haricots blancs
= 1 assiette de semoule.
- Groupe 5 : Fruits et Légumes
1 portion = 1 fruit
= 1 salade de fruits
= 1 compote
= 1 salade, 1 crudité
= 1 assiette de légumes cuits.
- Sucreries et boissons sucrées :
Exemple : 20 cl de boisson sucrée est :
= 1 barre chocolatée
= 1 gâteau
= 1 croissant
= 5 bonbons
= 1 crème dessert.

BILAN MEDICAL SMR
Examen préventif, non pris en charge par la CPAM

NOM :

PRENOM :

Né(e) : / /

	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'entraîneur et au médecin

OBSERVATIONS

Date :

signature

Cachet

BILAN MEDICAL SMR
Examen préventif, non pris en charge par la CPAM

FICHE DE SYNTHÈSE DUMENT REMPLIE

A REMPLIR PAR LE SPORTIF			
Nom :	Prénom :	Né(e) / /	Age : ans Sexe :
Tél :	Mail	Mail du parent si mineur :	
Scolarité			
Discipline :			
<u>Structure (CAF) :</u>			
Responsable :	Mail :	Tél :	
<u>Club :</u>	Mail :	Tél :	
Médecin : (Club ou structure)	Mail :	Tél :	
Médecin traitant :	Mail :	Tél :	
Kiné :	Mail :	Tél :	

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

ECG de repos (Ech.10mm/mV, 25 mm/s)	normal	anormal	anomalie mineure
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 <u>sport</u> 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 :