

# DOSSIER MEDICAL

## Section sportive de Collège

### PREAMBULE

Le questionnaire « *Antécédents Médicaux et Chirurgicaux* » est à remplir de manière *obligatoire* lors de la première inscription (*examen d'entrée*)

Le dossier servira de support au Médecin du Sport pour la réalisation de l'examen médical, et être utilisé en fonction des besoins

dans tous les cas, **il devra au minimum mentionner :**

- Conclusion de l'examen clinique
  - Conclusion et copie de l'ECG
  - Conclusion de la bandelette urinaire
  - Conclusion du bilan nutritionnel
  - Conclusion du bilan psychologique
- 
- Il devra également remettre **un certificat de non contre-indication** à la pratique du ski en compétition

### SOMMAIRE

Renseignements administratifs .....	p. 2
Fiches antécédents médicaux et chirurgicaux .....	p. 3 à 4
Questionnaires à compléter par le Sportif et valider par le médecin du sport .....	p. 5 à 7
Examen médical d'aptitude réalisé par le médecin du sport .....	p. 8 à 11
Fiche de synthèse .....	p. 12
Détermination de l'aptitude .....	p. 13
Annexe Questionnaire psychologique .....	p. 14

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Discipline : .....

Comité ..... Club : .....

Entraîneur : .....

Sexe : Féminin  Masculin

Adresse : .....

.....

Tel portable de l'athlète : .....

E-mail : .....

Médecins traitants + coordonnées :

.....

.....

Photo  
Obligatoire

### Pour les mineurs :

Nom et Prénom du/des Responsable(s) légal/légaux :

.....

Tel portable : .....

E-mail : .....

*Précisez dans quel collège vous candidatez en cochant la case correspondante :*

Collège Jean Rostand (Moutiers)

Collège Le Bonrieu (Bozel)

Collège La Vanoise (Modane)

Collège Saint Exupéry (Bourg Saint Maurice)

Collège le Beaufortain (Beaufort)

Collège Xavier et Joseph De Maistre (Saint Alban Leysse)

QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA PREMIERE VISITE MEDICALE

**1) ANTECEDENTS FAMILIAUX** (grands-parents, parents, frères et sœurs) : *Précisez l'affection*

- Maladies cardiaques (mort subite, infarctus, hypertension) ..... oui  non
- Asthme - Allergies ..... oui  non
- "Maladie nerveuse" ..... oui  non
- Maladies graves ..... oui  non
- Ulcères (estomac) ..... oui  non
- Diabète ..... oui  non

**2) ANTECEDENTS MEDICAUX – MALADIES :**

*Avez-vous eu les maladies ci-après ?*

- Asthme ..... oui  non
- Primo-infection - Tuberculose ..... oui  non
- Autres affections respiratoires (pleurésie, pneumonie, bronchites fréquentes) ..... oui  non
- Maladies du cœur, palpitations, douleurs ..... oui  non
- Hypertension artérielle, varices ..... oui  non
- Maladies des reins et voies urinaires, coliques néphrétiques ..... oui  non
- Albumine dans les urines ..... oui  non
- Maladies de l'estomac, aigreurs, digestion difficile, troubles de l'appétit ..... oui  non
- Maladies du foie ou jaunisse ..... oui  non
- Maladies de l'intestin, douleur, constipation, diarrhée ..... oui  non
- Diabète ..... oui  non
- Maladies des glandes et maladies métaboliques, tétanie, spasmodophilie ..... oui  non
- Variations importantes de poids : prise de poids, amaigrissement ..... oui  non
- Maladie du sang (hémophilie ou autre) ..... oui  non
- Méningite, encéphalite ..... oui  non
- Paralysie, poliomyélite ..... oui  non
- Convulsions, épilepsie, crise nerveuse ..... oui  non
- Surmenage, dépression nerveuse ou troubles nerveux ..... oui  non
- Rhumatisme articulaire aigu ..... oui  non
- Maladies de la peau (eczéma, urticaire ou autres) ..... oui  non
- Otites, mastoïdites, troubles de l'audition ..... oui  non
- Sinusites fréquentes ..... oui  non
- Angines fréquentes, rhinopharyngites, laryngites ..... oui  non
- Avez-vous porté ou portez-vous des lunettes ? ..... oui  non

- Maladies des yeux ..... oui  non
- Réactions allergiques (vaccins, médicaments, aliments, etc) ..... oui  non
- Préciser : .....
- Intoxication par produits toxiques aliments, asphyxie (gaz, fumée) ..... oui  non
- Préciser : .....
- Maladies infectieuses ou parasitaires ..... oui  non
- Autres maladies : ..... oui  non
- Préciser : .....

**3) BLESSURES – ACCIDENTS –**

**CHIRURGIE** (Précisez le type et la date)

- Fracture du crâne ou de vertèbre ..... oui  non
- Traumatisme crânien sans fracture ..... oui  non
- Y a-t-il eu coma ou perte de connaissance au cours de ces accidents ? ..... oui  non
- Fracture des membres inférieurs : lesquelles ? ..... oui  non
- Autres fractures: lesquelles ? ..... oui  non
- Affections musculaires : (Claquage, déchirure musculaire ou autre) ..... oui  non
- Affections tendineuses: (tendinite, rupture de tendon) ..... oui  non
- Entorses, luxations : lesquelles ? ..... oui  non



## HYGIENE DE VIE (HABITUS)

### \* SOMMEIL :

#### Quantité

Heure de coucher : _____ :	_____	NON	Insomnie d'endormissement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Heure de réveil : _____ :	_____		Insomnie de deuxième moitié de nuit ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nb heures de sommeil :	_____		Sommeil agité ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Insuffisant ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Sieste ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Hypersomnie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Détail : _____		

#### Qualité du sommeil

Sommeil réparateur ?  OUI

### \* CONSUMMATION DIVERSES :

**Tabac :** Fumez-vous ?  OUI  NON si oui : \_\_\_\_\_ cig/j  
Chiquez vous ?  OUI  NON si oui : \_\_\_\_\_ chique/j

**Alcool :** Consommez-vous de l'alcool ?  OUI  NON  
 Régulièrement  Occasionnellement Fréquence & quantité : \_\_\_\_\_

**Excitants :** Consommez-vous du Thé/Café ?  OUI  NON  
Nombre de tasse de thé par jour : \_\_\_\_\_ / j Nombre de tasse de café par jour : \_\_\_\_\_ / j

**Toxiques :** Consommez-vous des substances toxiques ?  OUI  NON  
Si oui, lesquels et quantités : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL(\*)

### \* INFORMATION :

Accidents ou problèmes de santé survenus depuis 1 an : .....

Y a-t-il eu une incidence sur votre alimentation :  OUI  NON  
Commentaires : .....

Y a-t-il eu une incidence sur votre poids :  OUI  NON  
Commentaires : .....

### \* HABITUDES ALIMENTAIRES

Type d'alimentation :  Variée et paraissant spontanément équilibrée  Plutôt riche en féculent  
 Plutôt riche en graisse  Plutôt riche en protéine  
 Végétarien  Végétalien

Appétit :  Bon  Moyen  Irrégulier  Mauvais

Objectifs :  Entretien  Amaigrissement  Prise de poids  Augmentation de la masse musculaire

Aversions et / ou allergies alimentaires : .....  OUI  NON  
Si oui, précisez : .....

Pathologies liées à l'alimentation : .....  OUI  NON  
Si oui, précisez : .....

Changement d'alimentation en fonction des objectifs sportifs ? .....  OUI  NON

J'ai la sensation d'avoir perdu le contrôle de mon poids : .....  OUI  NON

Mon poids fluctue de plus de 6 kg dans la saison : .....  OUI  NON

Je me trouve trop gros(se) alors que les autres me trouvent trop mince ? .....  OUI  NON

La nourriture domine ma vie ? .....  OUI  NON

Régime en cours ? .....  OUI  NON

### \* LES REPAS

Petit-déjeuner :  Jamais  Tous les jours  Autre : \_\_\_\_\_ jours/semaine

Déjeuner :  Jamais  Tous les jours  Autre : \_\_\_\_\_ jours/semaine

Diner :  Jamais  Tous les jours  Autre : \_\_\_\_\_ jours/semaine

Collation :  Jamais  Tous les jours  Autre : \_\_\_\_\_ jours/semaine

Précisez :  en matinée  l'après-midi  le soir

Grignotage ?  OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

(\*) Questionnaire emprunté au service de médecine du sport du C.H.U de Grenoble

## QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL (SUITE)

### \* HYDRATATION :

Eau plate, gazeuse (tisanes):  1/2 litre  1 litre  > 1 litre  
 Boissons sucrées (sirop, sodas, jus de fruits) :  Occasionnel  1 verre/j  1-2 verres/j  >2 verres/j  
 Thé/Café:  <1 tasse/j  1 à 3 tasse/j  >3 tasses/j  
 Vous buvez :  Lors des repas  entre les repas  à l'entraînement

### \* COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ – VOUS :

Lait/yaourts/fromage blanc/petits suisses. .... \_\_\_\_/jour  
 Fromages secs. .... \_\_\_\_/jour  
 Crème dessert, flan. : ..... \_\_\_\_/jour  
 Des viandes/poissons/œufs/jambon : ..... \_\_\_\_/jour  
 Des féculents, autre que le pain : pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs : ..... \_\_\_\_/jour  
 Pain ou biscottes ou céréales : ..... \_\_\_\_/jour  
 Des fruits : ..... \_\_\_\_/jour  
 Des légumes crus ou cuits : ..... \_\_\_\_/jour

Avez-vous l'habitude de cuisiner « léger » (peu d'huile, de beurre, de crème) :  OUI  NON

### \* COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE MANGEZ – VOUS :

Des sucreries (bonbons, glaces, barres chocolatées...):  ≤ 1  2 à 4  > 4  
 Des viennoiseries, pâtisseries:  ≤ 1  2 à 4  > 4  
 Restauration rapide (sandwich, croque-monsieur, fast-food, quiches...):  ≤ 1  2 à 4  > 4  
 Des charcuteries (saucisson, pâté...):  ≤ 1  2 à 4  > 4  
 Fritures, plats en sauce...:  ≤ 1  2 à 4  > 4

### \* PRENEZ VOUS DES VITAMINES ou DES COMPLEMENTES ALIMENTAIRES ?

Vitamine C ?  OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
 Protéines ?  OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
 Compléments alimentaires ?  OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### \* PENDANT LE SPORT :

Vous buvez: Eau:  OUI  NON Nature: \_\_\_\_\_ Quantité: \_\_\_\_ l/h  
 Boissons sucrées:  OUI  NON Nature: \_\_\_\_\_ Quantité: \_\_\_\_ l/h  
 Boissons énergétiques :  OUI  NON Nature: \_\_\_\_\_ Quantité: \_\_\_\_ l/h  
 Vous mangez: Barres protidiques :  OUI  NON Nature: \_\_\_\_\_ Qté: \_\_\_\_ barres/h  
 Barres de céréales :  OUI  NON Nature: \_\_\_\_\_ Qté: \_\_\_\_ barres/h  
 Autres :  OUI  NON Nature: \_\_\_\_\_ Qté: \_\_\_\_ barres/h

Souhaitez-vous rencontrer la diététicienne ?  OUI  NON

Conclusions du médecin : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DU SURENTRAINEMENT  
DE LA SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE DU SPORT**

**Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :**

**Mon Niveau de Performance est :**

Mauvais <----->Excellent

**Je me fatigue :**

Plus lentement <-----> Plus rapidement

**Je récupère de mon état de fatigue :**

Plus vite <-----> Plus lentement

**Je me sens :**

Très détendu <-----> Très anxieux

**J'ai la sensation que ma force musculaire a :**

Augmenté <-----> Diminué

**J'ai la sensation que mon endurance a :**

Augmenté <-----> Diminué

---

**QUESTIONNAIRE REMPLI LE** ...../...../.....

*Signature de l'Athlète :Signature des Parents :  
(si enfant mineur)*





*Examen des hanches :* . Flexion (genou-poitrine) : à D = .....cm à G = .....cm  
 . Rotation interne/externe : à D = .....°/ .....° à G = .....°/ .....°

*Examen des genoux :*  
 - Symptômes :  
 - Recherche de laxité : . laxité interne ou externe à 30° de flexion : .....  
 . lachman à 10° de flexion : .....  
 . tests dynamiques : .....  
 . autres anomalies : .....  
 . Talon fesse (hanche fléchies) : à D = ..... cm à G = ..... cm  
 . Extension (récurvatum) : à D = .....° à G = .....°

- Rotules : . position : .....  
 . points douloureux : .....  
 . rabot ou accrochage rotulien ou en flexion-extension : .....

*Examen des chevilles :* . laxité : .....  
 . flexion dorsale ou plantaire : .....  
 . autre : .....

*Pieds :*  
 - Examen podoscopique :  normal  creux  plats remarques : .....  
 - Recherche d'exostose ou anomalie liées à la chaussure de ski : .....

*Conclusions :* .....

**\* MEMBRES SUPERIEURS :**

Poignets-sol : ..... cm

*Épaule :* .....

.....

.....

. Palpation du long biceps : Neer : Hawkins : Jobe : Yocum :  
 . Gillcreest : Sous-scapulaire : Gerber : Patte

*Coudes :* .....

.....

*Poignets :* .....

.....

*Mains :* .....

.....

*Conclusions* .....

.....

.....

**BILAN CARDIO-VASCULAIRE**

Signes fonctionnels : .....

.....

Auscultation : .....

.....

Tension artérielle	Bras DROIT	Bras GAUCHE
Couché	...../.....	...../.....
Debout	...../.....	...../.....

**ECG :** (joindre une copie du tracé)  
 Rythme : ..... - FC = ...../min.  
 PR = .....ms - QRS = .....ms - Axe QRS = ..... - Sokolov = .....mm - QT = .....ms  
 Conduction : .....  
 Repolarisation : .....

Indice de Ruffier : (.....+.....+.....) - 200 / 10 = .....

Date et conclusion de la dernière échocardiographie (si réalisée) : .....

*Conclusions :* .....

.....

.....

### AUTRES EXAMENS

**\* EXAMEN PULMONAIRE :**

Plaintes fonctionnelles : .....

Auscultation : .....

Exploration fonctionnelle respiratoire : .....

**\* EXAMEN NEUROLOGIQUE :**

Réflexes ostéo-tendineux : .....

Équilibre : .....

**\* EXAMEN ORL :**

Pathologies ORL récidivantes : ..... (voix chuchotée) : .....

Dépistage en Biathlon : ..... Acuité Auditive : OD : ..... OG : .....

Audition : .....

**\* EXAMEN GYNECOLOGIQUE :**

Durée des règles : ..... jours

Durée des cycles : ..... jours

Dysménorrhée : .....

Troubles de la puberté : .....

Moyens contraceptifs : .....

**ANALYSES D'URINES** (par bandelette urinaire)

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Recherche de : Glycosurie : ..... Hématurie : ..... Protéinurie : ..... Nitrites : .....

### EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE = DEPISTAGE

Signes fonctionnels : .....

Port de verres correcteurs (type = lentilles, verres sous masque, etc) : .....

Acuité visuelle de loin :

. sans correction : OD = ..... OG = .....

. avec correction : OD = ..... OG = .....

Examen Clinique : .....

- Sans Anomalie       Anomalies mineures       Anomalies mineures à explorer  
 Anomalies majeures       Anomalies majeures à explorer

Examen Psychologique : .....

- Sans Anomalie       Anomalies mineures       Anomalies mineures à explorer  
 Anomalies majeures       Anomalies majeures à explorer

Examen Diététique : .....

- Sans Anomalie       Anomalies mineures       Anomalies mineures à explorer  
 Anomalies majeures       Anomalies majeures à explorer

Bandelette urinaire : .....

- Sans Anomalie       Anomalies mineures       Anomalies mineures à explorer  
 Anomalies majeures       Anomalies majeures à explorer

ECG (si réalisé) : .....

- Sans Anomalie       Anomalies mineures       Anomalies mineures à explorer  
 Anomalies majeures       Anomalies majeures à explorer

Questionnaire de surentraînement :

Nombre de réponses positives : \_\_\_\_\_

- Sans Anomalie       Anomalies mineures       Anomalies mineures à explorer  
 Anomalies majeures       Anomalies majeures à explorer

Observations particulières :

Examens complémentaires proposés (merci de nous tenir informé des résultats) : .....

Avis spécialisés demandés : .....

Traitements proposés : .....

## DETERMINATION DE L'APTITUDE

Je soussigné(e) ....., docteur en médecine, qualifié en médecine du sport, certifie avoir examiné le ...../...../.....

l'athlète (Nom, Prénom) .....

Je n'ai constaté aucune contre-indication apparente à la pratique du ski en compétition,

J'ai constaté une contre-indication à la pratique du ski en compétition <sup>1</sup> :

temporaire (durée prévisible : .....)

définitive

Signature et cachet du médecin :

---

<sup>1</sup> Merci de préciser la pathologie responsable et joindre une copie des examens ou comptes-rendus ayant permis de porter ce diagnostic

# Annexe

## QUESTIONNAIRE PSYCHOLOGIQUE (\*)

1- Objectifs sportifs de la dernière saison ?

2- Résultats sportifs de la dernière saison ?

3- Votre saison a-t-elle été conforme à vos objectifs ?  OUI  NON

Commentaire :

4- Que reprenez-vous de votre saison ?

- Bons résultats  résultats moyens  mauvais résultats  
 Saison irrégulière  Méforme  Blessure

5- A quoi attribuez-vous :

- Vos performances,  Vos contre-performances
- |                                     |                                    |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mentales   | <input type="checkbox"/> Physiques | <input type="checkbox"/> Mentales   | <input type="checkbox"/> Physiques |
| <input type="checkbox"/> Techniques | <input type="checkbox"/> Tactiques | <input type="checkbox"/> Techniques | <input type="checkbox"/> Tactiques |
| <input type="checkbox"/> Entourage  | <input type="checkbox"/> Autres :  | <input type="checkbox"/> Entourages | <input type="checkbox"/> Autre :   |

6- Avez-vous remarqué des différences de performances entre entraînement et compétition ?  OUI  NON

7- Pour quelles raisons pratiquez-vous votre sport ?

- Performance,  Habitude  Argent  Rencontre avec les gens,  
 Sensations,  Plaisir  Reconnaissance personnelle,  
 Amélioration de l'apparence physique  Action sur le poids (en prendre ou en perdre)  
 Autre : \_\_\_\_\_

8- Arrivez-vous à organiser votre temps ? (mettre une croix sur la ligne au niveau vous convenant)

Plutôt bien \_\_\_\_\_ Plutôt mal

9- Comment votre famille s'investit dans votre pratique sportive ?

Pas du tout \_\_\_\_\_ Trop

10- Les relations avec votre entraîneur sont :

Très bonne \_\_\_\_\_ Très mauvaise

11- Quelles sont les relations avec votre groupe d'entraînement ?

Très bonne \_\_\_\_\_ Très mauvaise

12- Êtes-vous sujet au stress ?

- En compétition,  A l'entraînement  A l'école  
 Au travail / vie professionnelle  Dans vos relations

13- Arrivez-vous à gérer ce stress ?  OUI  NON  PAS TOUJOURS

14- Imaginez que vous êtes obligés d'arrêter votre pratique sportive (blessures, méforme...) :

- Vous essayez coûte que coûte de continuer votre entraînement  
 Vous travaillez plus  
 Vous déprimez  
 Vous en profitez pour faire une activité de loisirs  
 Vous en profitez pour réaliser d'autres activités relationnelles  
 Autre : \_\_\_\_\_

15- Souhaitez-vous rencontrer un(e) psychologue du sport ?  OUI  NON

Conclusions du médecin : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_