

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 :

.....

.....

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 : _____ : _____

Heure de réveil : _____ : _____

Nb heures de sommeil: _____

Insuffisant ? OUI NON

Hypersomnie ? OUI NON

Sommeil réparateur ? OUI NON

Insomnie d'endormissement ? OUI NON

Insomnie de deuxième moitié de nuit ? OUI NON

Sommeil agité ? OUI NON

Sieste ? OUI NON

Détail: _____

Qualité du sommeil

* 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

Dîner : 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 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 ¹ :

temporaire (durée prévisible :)

définitive

Signature et cachet du médecin :

¹ 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 contres-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 : _____

