

Avez-vous déjà eu :

- un électrocardiogramme oui non
- un échocardiogramme oui non
- une épreuve d'effort maximale oui non

Fumez-vous ?

- oui non

Avez-vous des allergies ?

- oui non

Avez-vous de l'asthme ?

- oui non

Prenez-vous des traitements actuellement ? (médicaments, compléments alimentaires ou autres) Si oui lesquels :

Avez-vous des angines, sinusites ou otites à répétition ? oui non

Vos dents sont-elles en bon état ? oui non

Avez-vous déjà eu : (précisez le siège et la date)

→ une luxation articulaire

→ une ou des fractures

→ des entorses graves

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus ?

Visa du Médecin

A renvoyer à :
FFM
A l'attention de Mme Nadine THER
74 Avenue Parmentier - 75011 PARIS

EXAMEN CLINIQUE

A compléter par votre médecin traitant



SPORTIF (Nom, Prénom) _____

Date de naissance _____

Date de l'examen _____

1° ANTHROPOMETRIE

Poids _____ kgs Taille _____ cms Latéralité Droite Gauche

IMC : Masse grasse (pince) _____ %

2° EXAMEN CARDIO VASCULAIRE

- ▶ Auscultation du cœur et des gros vaisseaux normale oui non
- ▶ Pouls périphériques normalement perçus oui non
- ▶ ECG normal oui non

3° EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE

- ▶ Auscultation normale oui non
- ▶ Tabac oui non

4° EXAMEN ORL

- ▶ Otoscopie normale oui non
- ▶ Troubles de l'équilibre oui non

5° EXAMEN LOCOMOTEUR

- ▶ Examen des membres supérieurs normal oui non
- ▶ Examen des membres inférieurs normal oui non
- ▶ Examen du rachis et du bassin normal oui non

Commentaires et conclusions sur les morphologies, mobilités et fonctionnalités des segments ci-dessus.

6° EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE

- ▶ Acuité visuelle binoculaire supérieure à 8/10 oui non
- ▶ Correction oui non
- ▶ Champ visuel (au doigt) normal oui non
- ▶ vision des couleurs fondamentales normale oui non

A retourner à la FFM avant le 1er mars 2018 avec le questionnaire initial et vos justificatifs de paiement de la visite médicale.

EXAMEN CLINIQUE

A compléter par votre médecin traitant

7° NEUROLOGIE

- ▶ Antécédents de commotion cérébrale oui non (si oui remplir questionnaire ci-joint)
- ▶ Réflexes ostéo-tendineux présents oui non
- ▶ Motricité normale oui non
- ▶ Sensibilité normale oui non
- ▶ Coordination satisfaisante oui non
- ▶ Troubles de l'équilibre oui non

8° AUTRES

- ▶ Appareil d'orthodontie oui non
(rappel : examen par un dentiste indispensable)
- ▶ Palpation de l'abdomen et orifices herniaires normale oui non

9° ENTRETIEN DIETETIQUE

- ▶ Une consultation diététique spécialisée est-elle nécessaire ? oui non

10° PSYCHOLOGIE

- ▶ Une évaluation psychologique spécialisée est-elle nécessaire ? oui non

CONCLUSION

Avis obligatoire sur l'aptitude

- APTE sans réserve APTE avec réserves
 INAPTE temporaire INAPTE définitif

Commentaires / Anomalies constatées

Médecin _____
 Tél. _____
 e-mail _____

Cachet

QUESTIONNAIRE INITIAL

A compléter par le sportif
 (ou son représentant légal s'il est mineur)
 et à faire viser par le médecin qui réalise le bilan médical

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance --- / --- / ---

Discipline pratiquée : vitesse motocross trial enduro

Nombre d'heures de pratique par semaine : _____

Avez-vous déjà été hospitalisé pour :

- Traumatisme crânien oui non
- Perte de connaissance oui non
- Épilepsie oui non

Avez-vous des troubles de la vue ? oui non

- Si oui, portez-vous des corrections : lunettes lentilles
- Avez-vous eu des troubles de l'audition ? oui non
- Avez-vous eu des troubles de l'équilibre oui non

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des événements suivants :

- Accident ou maladie cardiaque survenue avant l'âge de 50 ans oui non
- Mort subite survenue avant 50 ans oui non

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

- Malaise ou perte de connaissance oui non
- Douleur thoracique oui non
- Palpitations (cœur irrégulier) oui non
- Fatigue ou essoufflement inhabituel oui non

Avez-vous :

- Une maladie cardiaque oui non
- Une maladie des vaisseaux oui non
- Été opéré du cœur ou des vaisseaux oui non
- Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu oui non
- Une hypertension artérielle oui non
- Un diabète oui non
- Un cholestérol élevé oui non