

LIVRET MEDICAL DU TRIATHLETE

Identité

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : ☐ M ☐ F :

Adresse personnelle:

Téléphone Domicile

Téléphone portable

E-Mail :

Etudes ou niveau d'études

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Médecin Traitant :

Renseignements FFTRI

Club 2018 :

1 - Antécédents familiauxmort subite : ☐ Non ☐ OuiMaladies cardiovasculaires : ☐ Non ☐ Ouitroubles allergiques : ☐ Non ☐ Oui**Facteurs de risque cardio-vasculaires ?**

Non

Oui

Troubles lipidiques

diabète

Surpoids

Tabagisme

HTA

2 - Antécédents personnels**Carnet de vaccination à jour**☐ Non☐ Oui

Tétanos

☐ Non☐ Oui

date :

Hépatite A

☐ Non☐ Oui

date :

Leptospirose

☐ Non☐ Oui

date :

suite à donner :

Covid☐ Non☐ Oui

date :

☐ PCR☐ Sérologie

date(s)

Bilan cardiologique suite à Covid☐ Non☐ Oui

date :

Résultats :

Certificat dentaire

Non

Oui

Facteurs de risque cardio-vasculaires personnels ?

Non

Oui

Troubles lipidiques

diabète

Surpoids

Tabagisme

HTA

Problèmes cardio-vasculaires ?

Non

Oui

Etes-vous allergique ?

Non

Oui

Lesquels ?

Prenez-vous un traitement :

Etes-vous asthmatique ?

Non

Oui

Avez-vous effectué des explorations complémentaires ?

Prenez-vous un traitement et lequel :

Avez-vous pris des corticoïdes l'année précédente ?

Autres antécédents médicaux ?

Non

Oui

pathologie et année

Maladies infectieuses

Non

Oui

Mononucléose infectieuse

hépatite

toxoplasmose

Antécédents traumatiques non chirurgicaux ?

Non

Oui

Localisation et année

Antécédents chirurgicaux ?

Non

Oui

pathologie et année

Hospitalisations d'autre origine ?

Non

Oui

date :

Motif :

Autre Traitement médical suivi actuellement (pour quelle raison) ?

Prenez-vous une supplémentation (fer, vitamines, protéines, boissons énergétiques, autres ?)

3 – Gynécologie / Obstétrique

Age des premières règles ?

Date de la dernière consultation chez un gynécologue ?

Prenez-vous une pilule contraceptive ?

Non

Oui

Laquelle et depuis

Depuis vos premières règles avez-vous eu des cycles menstruels réguliers naturels ?

Oui

Non

Préciser le nombre de cycles/an

< 3

entre 3 et 6

entre 6 et 9

>9

Avez-vous déjà eu une densitométrie osseuse ?

Non

Oui

Résultats :

4 - Estimation du volume d'entraînement et de compétition

Nombre moyen d'heures d'entraînement hebdomadaire la saison dernière

Nombre moyen d'heures d'entraînement hebdomadaire prévu cette saison

Nombre annuel de jours de compétition la saison dernière :

Nombre annuel de jours de compétition prévu cette saison:

5 - Nutrition – comportement alimentaire

Effectuez-vous un régime alimentaire particulier ?

Non

Oui

Si oui lequel :

Avez-vous des fluctuations de poids de + de 6 kilos en 3 mois ?

Non

Oui

Combien de fois par jour mangez-vous ?

Des laitages (lait, fromages, desserts lactés) ? par jour

De la viande, des œufs ou du poisson ? par jour

Des céréales (pâtes, riz, pain, etc) ou tubercules (pommes de terre) ? par jour

Des légumes secs (lentilles, haricots secs,) ? par semaine

Des légumes crus ou cuits ? par jour

Des fruits ? par jour

Combien de fois par semaine mangez-vous ?

De la restauration rapide (Pizza, sandwich, hamburger...) ?

De la charcuterie ?

Des sucreries ?

Avis de l'examineur

Présente un trouble du comportement alimentaire ?

Non

Oui

Présente un déséquilibre alimentaire ?

Non

Oui

Si oui

Ce ou ces troubles nécessitent-ils un avis psychologique ?

Non

Oui

Ce ou ces troubles nécessitent-ils un avis diététique ?

Non

Oui

6 - Evaluation psychologique

Le sportif présente une ou plusieurs difficultés psychologiques ?

Non

Oui

Si oui, elles se situent au niveau

Du projet sportif

Du projet familial

Du projet professionnel, scolaire

Des relations avec l'entourage

Si difficultés : a-t-il les ressources pour faire face ?

Non

Oui

Si non, un avis psychologique (ou psychiatrique) est-il conseillé ?

Non

Oui

Conclusions :

Rappel

Ce dossier médical est soumis au **secret médical**. Il ne peut être **consulté que par un médecin après accord de l'intéressé**.

Certifié sincère et véritable, à

le

/

Signatures De l'athlète si majeur, des parents si mineur

du médecin (et cachet)

II Examen clinique

1 - Données biométriques

Taille : cm

Poids : kg

% de tissu

%

BMI :

Kg/m2

Poids de forme :

2 - Appareil locomoteur

(Sujet allongé puis debout) : ostéo-articulaires, musculo-tendineux, ligamento-capsulaires...

Anomalies ?:

Non

Oui

Muscles

Tendons

Rachis

Ceinture
scapulaire

Ceinture pelvienne	
Genoux	
Chevilles	
Pieds	

3 - Appareil Cardio-vasculaire

Anomalies Non Oui

Auscultation cardiaque

Couché assis debout

Tronc artériel (palpation, auscultation)

Veines et lymphatiques (varices, œdème)

Pressions artérielles (cm Hg) aux 2 bras, couché:

G syst		G dias.		D syst.		D dias.	
--------	--	---------	--	---------	--	---------	--

ECG de repos à 12 dérivations avec interprétation écrite

Fréquence cardiaque :

Durée PR :

Durée QT corrigé :

Conduction

Repolarisation :

Particularités :

4 - Appareil Respiratoire

Anomalies ? Non Oui

Commentaire

5 - Appareil digestif

Anomalies ? Non Oui

Commentaire

6 - ORL

acuité auditive appréciée

OD

OG

Commentaire :

Anomalies ? Non Oui

Commentaire

7 - Dermatologie

Anomalies ? : ☐ Non ☐ Oui

Commentaire

8 - Ophtalmologie

Anomalies ? : ☐ Non ☐ Oui

Commentaire

Acuité visuelle (avec sans correction)

OG / 10

OD / 10

port de lentilles

☐ Oui

☐ Non

9 - Neurologie

Anomalies ? : ☐ Non ☐ Oui

Commentaire

Conclusions :

Date et signature du médecin examinateur (et cachet)

Plateau technique de médecine du sport de :

En cas de test d'effort effectué sur plateau technique, joindre votre compte rendu à ce dossier.

Document à renvoyer à : Anne-Charlotte DUPONT - ac.dupont.fftri@gmail.com – 06 18 43 88 72