

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 familiaux**

mort subite :  Non  Oui

Maladies cardiovasculaires :  Non  Oui

troubles 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...)?	<input type="checkbox"/>
De la charcuterie ?	<input type="checkbox"/>
Des sucreries ?	<input type="checkbox"/>

Avis de l'examinateur

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

<input type="checkbox"/> Du projet sportif	<input type="checkbox"/> Du projet familial
<input type="checkbox"/> Du projet professionnel, scolaire	<input type="checkbox"/> Des relations avec l'entourage

Si difficultés : a-t-il les ressources pour faire face ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Si non, un avis psychologique (ou psychiatrique) est-il conseillé ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>
Tendons	<input type="checkbox"/>
Rachis	<input type="checkbox"/>
Ceinture scapulaire	<input type="checkbox"/>

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)**

[Zone de saisie pour la date et la signature]

**Plateau technique de médecine du sport de :**

[Zone de saisie pour le plateau technique]

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

**Document à renvoyer à : Docteur Gildas Bocqueho - [gildas.bocqueho@gmail.com](mailto:gildas.bocqueho@gmail.com)**