

Fédération Française de Gymnastique

DOSSIER MEDICAL PERFORMANCE (CONFIDENTIEL)

Le dossier doit être complété par un médecin du sport. La première page doit être complétée, si possible, avant la consultation par l'athlète ou ses représentants légaux (si personne mineure). Le médecin reviendra sur ces questions pendant la consultation.

Nom : Prénom : Né(e) le
@mail (gymnaste) : Tel : Discipline :
Structure de haut niveau : Scolarité/travail :
Entraînements : Nb d'heure/semaine : Nb de séances/semaine : Entraîneur :
Début de la pratique de la gymnastique :

Compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin) rayer en cas de réponse négative

ATCD Familiaux : Pas de mort subite <input type="checkbox"/> Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans <input type="checkbox"/>		
ATCD personnels : <u>Médicaux</u> : Malaise <input type="checkbox"/> Palpitations <input type="checkbox"/> Explorations : Asthme <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> <u>Chirurgicaux</u> : <u>Traumatologiques</u> : Traumatisme crânien <input type="checkbox"/> (date, lésions, PC...) : Trauma du rachis cervical <input type="checkbox"/> Ostéocondrose <input type="checkbox"/> Tendinopathie <input type="checkbox"/> Fracture de fatigue <input type="checkbox"/> Périostite <input type="checkbox"/> Lésion tendineuse <input type="checkbox"/> Lésion musculaire <input type="checkbox"/> Lésion ligamentaire <input type="checkbox"/> Lésion osseuse <input type="checkbox"/> Localisation(s) et date : Séquelles fonctionnelles : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pathologie rachidienne <input type="checkbox"/> si oui laquelle..... Dernière Rx <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> (si oui, date:.....) Saison précédente : Durée d'arrêt sportif total : Durée d'aménagement (cumulé) : Motif(s) :		
Traitement actuel : AUT : <input type="checkbox"/> Vaccins à jour : DTP <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Supplémentation : Vit D <input type="checkbox"/> (si oui posologie :.....) Fer <input type="checkbox"/> autre :		
Mode de vie : Hydratation.....L/j Nb de repas :...../jour Compléments alimentaires <input type="checkbox"/> Vitamine <input type="checkbox"/> (type, dose) : Comportement alimentaire perturbé <input type="checkbox"/> Suivi diététique souhaité <input type="checkbox"/> effectué <input type="checkbox"/> Sommeil : de.....h à.....h Pas de troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Préparation mentale suivie <input type="checkbox"/>		

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Nom : Prénom : signature

Nom :

Prénom :

Examen clinique : date

Doléances actuelles :

Pas de malaise

Pas de douleur thoracique

Aucune

Saison actuelle : Aménagement des entraînements si oui durée (cumulée) :

Motif :

Poids	kg	Plis cutanés	Bicipital	mm	% Masse grasse	Méthode 4plis	%
Taille	cm		Tricipital	mm		déxa	%
IMC			Sous scapulaire	mm	Bandelette urinaire	Gluc :...	Hemat :..
Stade TANNER	S..... P.....		Supra iliaque	mm		Prot : ...	Nitrites : ...
Acuité Visuelle	Œil Dt /10		Quadriceps	mm			
Correction <input type="checkbox"/>	Œil G /10	Jumeaux	mm	VEMS			

Examen cardiologique : Souffle FC :TADt :mmHg TAG :mmHg

Signes de Marfan Axes artériels :

ECG date.....: Anomalies mineures <input type="checkbox"/> préciser :
Normal <input type="checkbox"/> Anomalies majeures <input type="checkbox"/> préciser :

Examen de l'appareil locomoteur :

Variantes Morphologiques :

Coudes	Valgus >10° <input type="checkbox"/> Recurvatum <input type="checkbox"/> symétrique <input type="checkbox"/>	Genoux	Recurvatum <input type="checkbox"/> varum <input type="checkbox"/> valgum <input type="checkbox"/>
		Podologie Port de semelles <input type="checkbox"/>
Rachis	Hyperlordose Lombaire <input type="checkbox"/> Hypercyphose dorsale <input type="checkbox"/> Attitude scoliotique <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/>° angle de Cobb	Autre	

Souplesse :

Harmonieuse et symétrique

Asymétrique : Ceinture scapulaire ceinture pelvienne

Déficitaire : Ceinture scapulaire ceinture pelvienne rachis précisez :

Test d'hyperextension du rachis dorso lombaire en décubitus ventral (à 90°): indolore douloureux

Palpation / Testing / Diagnostics/Résultats d'examens complémentaires :

Pas de signe d'ostéochondrose Pas de signes de tendinopathie Pas de lyse isthmique

Gynécologie :

Fuites urinaires à l'effort Ménarche O/N

Matériel Orthodontie: si oui, prévu jusque:

Reste de l'examen (Pneumo, abdominal, ORL, neuro, cutané...):

Examens	Echographie cardiaque	ECG (peut être fait avec l'examen clinique)	Dentaire
Date			
Anomalie(s)			

Conclusions : Date :

Signature et cachet :

Tel et E-mail du médecin :

Apte à l'entrée en filière de haut niveau

Sans réserve Avec réserve

Contre indication à l'entrée en filière temporaire Définitive