

DOSSIER MEDICAL Elite FFG 2018/2019

Nom : Prénom : Né(e) le V1 V2

Discipline :

Scolarité/travail :

Entraînements : Nb d'heure/semaine : Nb de séances/semaine :

Saison précédente : Nb d'heures par semaine : Nb de séances/ semaine :

1^{ère} page à compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin)

Rayer le texte si réponse négative. Cocher les cases si réponse positive.

ATCD Familiaux :

Pas de mort subite Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans

Autres :

ATCD personnels :

Médicaux : Malaise Palpitations Explorations : Asthme Allergies

Chirurgicaux :

Traumatologiques :

ATCD **avec ou sans séquelles** (précisez : ostéochondroses, ostéochondrites, fracture de fatigue, périostite, lésion musculaire, lésion ligamentaire, luxation, lésion osseuse, rupture tendineuse, Lyse isthmique, spondylolisthésis...)

Membres inférieurs :

Membres supérieurs :

Pathologie rachidienne si oui laquelle.....Imagerie du rachis : Rx , IRM , ECH (si oui, date:.....)

Suivi par :

Traumatisme crânien (date, lésions, PC...):

Séquelles fonctionnelles : oui non

Gynécologie : 1^{ères} règles > 16ans cycles irréguliers période d'aménorrhée > 3mois Douleurs menstruelles Prise de poids fatigue avant les menstruations Fuites urinaires à l'effort (même rares)

A déjà consulté un gynécologue Contraception orale

Saison précédente :

Durée d'arrêt sportif total : Durée d'aménagement (cumulé) : Motif(s) :

Traitement actuel : AUT : Vaccins à jour : DTP Hépatite B ROR

Supplémentation : Vit D (si oui posologie :.....) Fer autre :

Mode de vie : Hydratation.....L/j Nb de repas :...../jour Compléments alimentaires

Comportement alimentaire perturbé Suivi diététique souhaité effectué

Vitamine (type, dose...)

Sommeil : de.....h à.....h Pas de troubles du sommeil Préparation mentale suivie

Tabagisme.....Paquets/année Cannabis occasionnel régulier Alcool : Occasionnel régulierVerres/j

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 :

Aucune

Pas de malaise Pas de douleur thoracique

Rares douleurs lombaires

Jamais de douleur lombaire

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

Motif :

Poids	kg	Plis cutanés	Bicipital	mm	% Masse grasse	Méthode 4 plis	%
Taille	cm		Tricipital	mm		Dexa	%
IMC			Sous scapulaire	mm			
Stade TANNER	S..... P.....		Supra iliaque	mm			
Acuité Visuelle	(Eil Dt /10		Quadriceps	mm			
Correction <input type="checkbox"/>	(Eil G /10	Jumeaux	mm	VEMS			

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

Signes de Marfan Axes artériels :

ECG date.....: Normal Anomalies mineures préciser :

Anomalies majeures préciser :

Examen de l'appareil locomoteur :

Variantes Morphologiques :

Coudes	Valgus <input type="checkbox"/> Recurvatum <input type="checkbox"/> symétrique <input type="checkbox"/>	Genoux	Recurvatum <input type="checkbox"/> varum <input type="checkbox"/> valgum <input type="checkbox"/>
Rachis	Hyperlordose Lombaire <input type="checkbox"/> Hypercyphose dorsale <input type="checkbox"/>	Podologie	Port de semelles <input type="checkbox"/>
	Dos plat <input type="checkbox"/>		

Souplesse :

Harmonieuse et symétrique

Asymétrique : ceinture scapulaire ceinture pelvienne

Déficitaire : Ceinture scapulaire ceinture pelvienne rachis précisez :

Distance main sol.....cm:

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

Palpation / Testing / Diagnostics / Ex complémentaires demandés

Pas de signe d'ostéochondrose Pas de signes de tendinopathie Pas de lyse isthmique connue ou suspectée

Gynécologie :

Fuites urinaires à l'effort troubles menstruels Contraception Orale Consultation spécialisée souhaitée

Matériel Orthodontie: si oui, prévu jusque:

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

Examens SMR	Questionnaire surentrainement	Évaluation diététique	Bilan bio	Bilan psychologique	Autres
Date				
Anomalie(s)					

Conclusions : Date :

Signature et cachet :

Tel ou E-mail du médecin :

Apte à l'entrée ou à la poursuite du haut niveau

Contre indication Temporaire Avec réserve Sans réserve :

Avis du médecin fédéral demandé Examens complémentaires demandés