

ANNEXE 4 BIS – EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE

DANS UN CLUB

(Recommandé par la Commission Médicale de la FFA)

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Né(e) le : _____

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires) : _____

Spécialités athlétiques pratiquées : _____

Niveau de performance :

Départemental	Régional	National
---------------	----------	----------

Questionnaire médical confidentiel à remplir par le sportif avant la consultation médicale

(Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ?	OUI	NON
• Précisions (année et motif d'hospitalisation)		
Avez-vous déjà été opéré ?	OUI	NON
• Précisions (année et type d'opération)		
Etes-vous soigné pour		
• Le cœur ?	OUI	NON
• La tension artérielle ?	OUI	NON
• Le diabète ?	OUI	NON
• Le cholestérol ?	OUI	NON
Prenez-vous actuellement des médicaments ?	OUI	NON
• Si oui, lesquels ?		
Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ?	OUI	NON
• Si oui, lesquels ?		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		
Combien de verres de bières, vins ou autres alcools buvez-vous par jour ?		
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?		
Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ?	OUI	NON
• Si oui, précisez ?		
Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ?	OUI	NON
• Si oui, précisez ?		
A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti :		
• Une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?	OUI	NON
• Des palpitations (sensation de battements anormaux) ?	OUI	NON
• Un malaise ?	OUI	NON
Avez-vous des allergies	OUI	NON
• Si oui, lesquelles ?		
Avez-vous déjà consulté un Cardiologue ?	OUI	NON
Date du dernier Electrocardiogramme ?		Résultat ?
Date de la dernière prise de sang ?		Résultat ?
Date de la dernière vaccination contre le tétanos ?		

Je soussigné (e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.