

FICHE D'EXAMEN MEDICAL INSCRIPTION - SMR

Examen préventif (2 fois par an) non pris en charge par la CPAM

A adresser au dépt médical-FFN - Dr J.P.CERVETTI 14 rue Scandicci 93508 Pantin Cedex Tél : 01-41-83-87-45 ou par mail medical@ffnatation.fr

Nom:	Prénom:	Né(e) :	Age :	ans	Sexe :
Examen le:	Médecin:	Entrainement		Nb Séances/sem. :	Nb heures :
Scolarité Niveau :	Activité Professionnelle :			Discipline :	
Adresse :					
Tél portable :			Email : (important)		

ANTEDECENTS MEDICAUX/Mise à jour depuis le dernier examen :

Familiaux :

Personnels

- Médicaux :
- Traumatiques :
- Chirurgicaux :
- Allergies :

VACCINATION Derniers rappels DDTC-Polio :

Autres:

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Poids :	Taille :	BMI :	Envergure :		
<u>Plis cutanés</u>	Bi :	Tri :	S/Scap :	S/III :	TOTAL:
Masse grasse par impédancemétrie:	% (facultatif)			Masse grasse pli:	%

EXAMEN URINAIRE Glucose : Protéines : Hématies : Nitrites :

ACCUITE VISUELLE OD : OG : Correction : Oui/Non Lunettes : Oui/Non Lentilles: Oui/Non Date dernière visite :

A.U.T :

Electro-Cardio-Gramme de repos		1 fois/ an et valable un an Joindre une copie du tracé
Rythme		
C.A.V.	PR :	
C.I.V.	QTc :	
Repolarisation		

	F.C.	T.A.
REPOS		
Commentaire		

SPIROMETRIE (facultatif)	
C.V. :	
V.E.M.S :	
Peak Flow :	

CONCLUSION

SYMPTOMES ACTUELS

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Doléances • Prise de médicaments • Régime alimentaire • Gynécologie : | <ul style="list-style-type: none"> • Scolarité : • Humeur : • Troubles de sommeil : • Cycle – DDR : |
| <ul style="list-style-type: none"> • Contraception | |

EXAMEN DENTAIRE date :

EXAMEN CLINIQUE

Cardiologique :

Pouls périphériques :

Pneumologique :

ORL : **Nez :** **Oreille :** **Sinus :** **Gorge :**

Aires ganglionnaires :

Abdomen : **Rate :** **Foie :** **Troubles fonctionnels :**

Génito-urinaire : **Infection urogénitale :** **Fosses lombaires :**

Orifices herniaires : **Stade pubertaire :**

Dermatologique :

Neurologique :

Locomoteur :

Podoscopie :

Statique :

Rachis : **Sagittal :**

Frontal :

Membres supérieurs

Epaule: **Rot Int. :** **Rot Ext. :**

Coude :

Poignet :

Main :

Membres inférieurs

Hanche :

Genoux : **Laxité :**

Cheville : **Laxité :**

Souplesse générale :

BILAN BIOLOGIQUE Oui/Non **joindre le bilan**

BILAN PSYCHOLOGIQUE Oui/Non **joindre le bilan**

OBSERVATIONS & CONCLUSION (obligatoire) Estimation d'une bonne tolérance à l'entraînement

Je soussigné(e)

Dr en Médecine du sport certifie avoir examiné

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre indiquant la pratique
en stage et en compétition.

Date, Signature et Cachet