



## COMITE D'ALSACE DE NATATION

Téléphone : 03 89 59 30 98  
Fax : 03 89 42 15 49  
51, bld Stoessel – 68200 Mulhouse  
**Correspondance : BP 6 – 68350 BRUNSTATT**

Le 03/11/2015

Aux Athlètes Concernés

Madame, Monsieur,

La FFN doit assurer le suivi médical des sportifs de Haut-Niveau. Ce document vise à vous présenter ce dispositif afin de permettre aux athlètes inscrits sur liste de Haut-Niveau d'effectuer le plus facilement possible ces différents examens.

Vous trouverez ci-joint la liste des athlètes qui doivent bénéficier de ce suivi ainsi que le tableau présentant les examens et les échéances pour les réaliser. Le respect de l'échéancier du passage des examens est obligatoire. Tout au long de la saison je vous enverrai un tableau actualisé afin que vous puissiez vérifier la bonne réception des examens par la FFN.

Les athlètes de haut niveau n'ayant pas réalisé l'ensemble des examens seront radiés de la liste de haut niveau la saison suivante.

### **Lieu de passage des examens et paiement :**

- visite médicale (intégrant le suivi psychologique, diététique et la bandelette urinaire et l'électrocardiogramme) avec ou sans test d'effort (test d'effort à faire tous les 4 ans). Vous trouverez ci-dessous les coordonnées des plateaux techniques ainsi que les coordonnées de médecins du sport pour passer ces examens (liste non-exhaustive). Pour les tests d'effort il faut se rendre sur l'un des trois plateaux sportifs obligatoirement.

Attention, il est demandé au médecin d'utiliser les formulaires de la fédération pour l'examen clinique (document ci-joint). Aussi, vos athlètes l'apporteront le jour de l'examen en ayant au préalable rempli la fiche suivi alimentaire et consultation psychologique.

Lors de la prise de rendez-vous, il faut préciser qu'il s'agit d'une visite dans le cadre du SMR (suivi médical réglementaire) car cela prend jusqu'à 1 heure et il faut également vérifier que pour l'une des 2 visites obligatoires il y aura un ECG.

- Suivi biologique à réaliser dans un laboratoire de votre choix : vous enverrez la facture et les résultats à la FFN.

ATTENTION : Les sportifs de moins de 15 ans ne sont pas soumis au suivi biologique. A partir de la date du 16<sup>ème</sup> anniversaire, ces sportifs sont soumis à ce suivi, pour cela suivre le calendrier médico-sportif imposé par la FFN (0, 1 ou 2 bilan(s) à faire selon le cas).

- Suivi dentaire : contrôle annuel, remboursement par la sécurité sociale.

**Envoi des résultats :**

L'ensemble des résultats doit être envoyé à : FFN - l'attention du Docteur Jean-Pierre Cervetti, Bureau Médical, 14, rue SCANDICCI – 93508 PANTIN Cedex

Le Docteur Jean-Luc Daussin, médecin fédéral régional (03 88 84 62 32), se tient à la disposition des médecins de club et sportifs pour tous renseignements ou informations médicales à propos des visites.

Si des athlètes figurant sur cette liste ne sont plus en activité sportive, merci de me le signaler car le suivi médical n'est de ce fait plus nécessaire.

**FACTURATION** : tous les sportifs non-inscrits en pôle France ou Pôle espoir devront à partir de maintenant avancer les frais (bilans sanguins, tests d'effort écho cardiaque...) et envoyer à la FFN la facture acquittée et le bilan. Vous trouverez ci-dessous les tarifs de remboursement de la FFN.

Seule exception pour l'Alsace : les examens réalisés au plateau sportif de Mulhouse chez le docteur François Matter. Ce dernier continuera à envoyer les résultats et la facture directement à la FFN, vous n'aurez rien à avancer.

Merci aux entraîneurs de bien vouloir distribuer ce courrier et les documents pour les visites à l'ensemble des athlètes concernés pour qu'ils puissent prendre les rendez-vous.

Je reste à votre disposition pour de plus amples renseignements et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le CTR  
D. WESTRICH

## LA MEDECINE DU SPORT EN ALSACE

### ⇒ TROIS PLATEAUX TECHNIQUES :

- **Le service d'explorations fonctionnelles respiratoires et de l'exercice au Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg**, dirigé par le Pr Bernard Geny  
**Anne SCHMITT - Secrétariat du Professeur B. GENY**  
*Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles UF 1055*  
**NOUVEL HOPITAL CIVIL**  
1, Place de l'Hôpital  
67091 STRASBOURG CEDEX  
**Tél. : 03.69.55.06.60 - Fax : 03.69.55.18.26**  
Email : [anne.schmitt@chru-strasbourg.fr](mailto:anne.schmitt@chru-strasbourg.fr)
- **Le plateau médical du Centre Sportif Régional Alsace à Mulhouse**  
**Responsable : Dr François MATTER**  
Centre Sportif Régional Alsace  
5, rue des Frères Lumière  
BP 2098  
68059 MULHOUSE Cedex  
Tél. accueil : 03 89 60 54 26  
Fax. 03 89 42 63 99
- **Le service médical du CREPS d'Alsace**  
4, Allée du Sommerhof  
BP 7 - 67035 STRASBOURG Cedex 2  
Tél. Accueil: 03 88 10 47 67
- **Quelques coordonnées de Médecins du sport pour les examens cliniques (M. Bidet Emmanuel et Heid Boris interviennent également au CREPS pour le SMR) :**

Docteur Bidet Emmanuel  
28 Rue du Général Leclerc, 67450 Mundolsheim  
03 88 33 99 66

Docteur Heid Boris  
2 Avenue de la Forêt Noire, 67000 Strasbourg  
Téléphone : 03 88 60 25 19

Docteur Zeller Pascal  
6, bd de la Marne  
Téléphone : 03 88 60 03 15

Docteur Rigaut Philippe  
41 r Schweighaeuser  
67000 STRASBOURG  
Téléphone : 03 88 22 28 88

Docteur Pietra François  
6 bd Marne  
67000 STRASBOURG  
03 88 61 51 70

IRM pour les plongeurs :  
Docteur Marc MOREL - 06 07 11 07 69, [morelmhm@noos.fr](mailto:morelmhm@noos.fr)



## DEPARTEMENT MEDICAL

Dr Jean Pierre CERVETTI, Médecin COORDONNATEUR

Mme CARINI Ouadia, Assistante

Tel : 01 41 83 87 45

Fax 01 41 83 87 46 (confidentiel)

Email : medical@ffnatation.fr

## SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE &amp; CALENDRIER MEDICO-SPORTIF

*Nature et Fréquence des examens médicaux obligatoires pour les Sportifs inscrits sur les listes ministérielles*

LES EXAMENS DOIVENT ETRE ADRESSES AINSI QUE LES FACTURES AU DEPARTEMENT MEDICAL -FFN 14 RUE SCANDICCI TOUR ESSOR 93 508 PANTIN CEDEX  
A L'ATTENTION DU Dr JEAN PIERRE CERVETTI (SOUS PLI CONFIDENTIEL)

Remarques : Joindre une enveloppe portant l'adresse du destinataire du chèque de remboursement  
Les factures doivent être mentionnées « facture acquittée et feuille de soins non délivrée »

Il est impératif de respecter les dates d'intervalle et la fréquence des examens réglementaires

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE	ECG de REPOS	TEST EFFORT Avec Profil Tensionnel	BILAN BIOLOGIQUE sauf le Plongeon 1 fois/an	CONSULTATION (1) CLINIQUE BANDELETTE URINAIRE	CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE	CONSULTATION DENTISTE
une seule fois	1 fois par an	tous les 4 ans	3 fois par an	2 fois par an	1 fois par an : Majeur 2 fois par an : Mineur	1 fois par an
Joindre le compte rendu	Joindre le compte rendu avec une copie du tracé	Joindre le compte rendu avec une copie du tracé	Joindre les résultats  NFS, CRP, Ferritine, Réticulocytes	Par un médecin du sport :  Entretien, Mesures anthropométriques Examen physique, Bilans Psychologique et Diététique avec Conseils Nutritionnels	Par un médecin Ou Par un psychologue sous la responsabilité médicale  Joindre le compte rendu	Consultation clinique de dépistage uniquement  joindre le certificat
<u>A renouveler entre 18 et 20 ans</u>  Si effectuée avant l'âge de 15 ans			<u>Seulement pour les sportifs de + 15 ans avec autorisation parentale</u>	Bandelette Urinaire :  Glycosurie, Hématurie, Protéinurie, Nitrites		

Calendrier  
Médico

Entre sept et nov.

1<sup>ère</sup> Entre sept et nov.  
2<sup>ème</sup> Entre fév. et avril1<sup>ère</sup> Entre sept et nov.  
2<sup>ème</sup> Entre fév. et avril1<sup>ère</sup> Entre sept et nov.  
2<sup>ème</sup> Entre fév. et avrilEntre sept et nov.  
1<sup>ère</sup> phase  
2<sup>ème</sup> phase

Sportif

3<sup>ème</sup> Entre mai et juin

(1) JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE COMPTE RENDU DE LA CONSULTATION CLINIQUE

3<sup>ème</sup> phase

**Tarifs en vigueur à partir 1<sup>er</sup> juillet 2014**

**Seuls les examens médicaux demandés dans le cadre de la Surveillance Médicale Réglementaire (SMR) sont pris en charge par le département médical-FFN** sur la base de remboursement de la sécurité sociale française et uniquement pour tout sportif inscrit sur listes ministérielles et ou en pôle.

Un examen effectué au-delà de sa fréquence ne sera pas pris en charge

Une facture non jointe au bilan respectif ne sera pas honorée

**PLAFOND DE REMBOURSEMENT DES EXAMENS MEDICAUX  
DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE  
DES SPORTIFS INSCRITS SUR LES LISTES MINISTERIELLES  
ET/OU EN POLE**

IRM CERVICALE (DISCIPLINE- <b>PLONGEON</b> )	100 €
ECHOCARDIOGRAPHIE -	97 €
EPREUVE D'EFFORT avec ECG de repos	90 €
EPREUVE D'EFFORT	77 €
ECHOCARDIOGRAPHIE avec une EPREUVE d'EFFORT & ECG de repos	135 €
ECG de repos avec Consultation Cardiologique	35 €
CONSULTATIONS CLINIQUE & PSYCHOLOGIQUE & ECG de repos & Bilan Urinaire	70 €
CONSULTATIONS CLINIQUE & PSYCHOLOGIQUE	50 €
CONSULTATION CLINIQUE avec ECG de repos et Bilan Urinaire	50 €
CONSULTATION CLINIQUE avec Bilan Urinaire	35 €
CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE effectuée par un PSYCHOLOGUE	35 €
CONSULTATION DENTAIRE	23 €
BILAN BIOLOGIQUE SANGUIN (NFS, Réticulocytes et Ferritine)	TARIF CPAM
RECHERCHE sur BANDELETTE URINAIRE (Laboratoire Analyses Médicales)	TATIF CPAM

*Le bilan diététique effectué par un diététicien n'est pas pris en charge, il fait partie intégrante de la consultation clinique*

## FICHE D'EXAMEN MEDICAL – 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](mailto: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		

REPOS	F.C.	T.A.

Commentaire

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

### CONCLUSION

### SYMPTOMES ACTUELS

- Doléances
- Prise de médicaments
- Régime alimentaire
- Gynécologie:
- Contraception
- Scolarité:
- Humeur:
- Troubles de sommeil:
- Cycle – DDR:



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

## Quelles sont vos habitudes alimentaires ?

---

Nom.....Prénom .....

Discipline .....Date de l'examen

### Avant de répondre aux questions, voici comment calculer vos portions ?

J'utilise les équivalences de portions....

◇ Groupe 1 : Eau

1 portion = 1 verre de 25 cl

◇ Groupe 2 : Protéines

1 portion = 1 morceau de viande = 2 à 3 tranches de jambon = 1 part de poisson = 2 œufs

◇ Groupe 3 : Laitages

1 portion = 1 bol de lait = 1 yaourt = 1 part de fromage (environ 1/8 de camembert)

◇ Groupe 4 : Produits céréaliers

1 portion = 1 bol de céréales, de muesli, ou de flocons d'avoine = 1 morceau de pain = 2 tranches de pain = 1 assiette de riz, de pâtes ou de pommes de terre = 1 assiette de lentilles ou de haricots blancs = 1 assiette de semoule.

◇ Groupe 5 : Fruits et Légumes

1 portion = 1 fruit = 1 salade de fruits = 1 compote = 1 salade, 1 crudité = 1 assiette de légumes cuits.

◇ Sucreries et boissons sucrées :

Exemple : 20 cl de boisson sucrée = 1 barre chocolatée = 1 gâteau = 1 croissant = 5 bonbons = 1 crème dessert.

### Questionnaire alimentaire

Boissons : quelle quantité buvez-vous chaque jour ou chaque semaine ?

(Préciser /j ou /semaine)

Eau (en Litre) : ..... Laquelle : .....



Soda (en Litre) : ..... Lesquels : ..... Jus de fruits ..... pressé? pur jus? nectar?

Vin : ..... Alcool : ..... Lesquels : .....

Café : ..... Thé : ..... Tisane : .....

**Combien de fois par jour, par semaine ou par mois consommez-vous :**

**(Préciser /j ou /semaine ou /mois)**

De la viande (y compris jambon) .....

Lesquelles ? ..... Mode de cuisson : .....

*(dans le beurre, la margarine, huile, ou sans graisse)*

Du poisson : ..... Lesquels ? ..... Mode de cuisson : .....

Des œufs : ..... Mode de cuisson : .....

De la charcuterie (pâté, saucisson, ...) ou quiche, pizza, friand, chips .....

Des produits laitiers :

Lait (écrémé,  $\frac{1}{2}$  écrémé, entier)..... Quelle quantité ? .....

*Entourer la réponse correspondante*

Lait de vache : ..... Lait de chèvre : ..... Autre (lait de soja par ex.) .....

Fromages : ..... Lesquels ? .....

Yaourts : ..... Lesquels ? (nature, sucrés, aux fruits).....

Crèmes desserts : ..... Lesquelles ? (Danette, flan, Viennois,...).....

Des céréales : ..... Lesquelles ? (au petit-déjeuner par ex.).....

Du pain ..... Lequel (pain blanc, pain complet, autre...) .....

*(donner la quantité totale de tranches ou de morceaux sur la journée - voir l'explication)*

Des féculents (pâtes, riz, pommes de terre).....

*(1 portion = 1 assiette raisonnable, sinon compter 2 portions)*

Des lentilles, haricots blancs, pois, fèves.....

Des fruits : ..... Des légumes cuits: .....

Des crudités et de la salade : .....

(préciser l'assaisonnement; si vinaigrette, quelle huile ?)

Des fruits secs ? ..... Lesquels ? .....

\_\_\_\_\_

Des pâtisseries (gâteaux, sucreries, barres chocolatées) : .....

Des viennoiseries (croissants, pains au chocolat, ...) .....

\_\_\_\_\_

Combien de fois par semaine allez vous au restaurant ? .....

*Préciser Fast-food, pizzeria,*

Prenez-vous des compléments alimentaires ? OUI/NON Lesquels ? ... ..

\_\_\_\_\_

### Analyse

Nombre de portions	Eau GR 1	Protéines GR 2	Laitages GR 3	Produits Céréaliers GR 4	Fruits et Légumes GR 5	Sucreries et boissons sucrées
Petit-déjeuner						
Déjeuner						
Goûter						
Dîner						
En dehors des repas						

## FICHE D'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Examen préventif 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](mailto:medical@ffnatation.fr)

**Fiche à remplir en respectant la confidentialité avec le sportif**

Nom :

Prénom :

Date de Nais. :

Marquer d'un trait vertical votre évaluation sur le curseur entre mauvais et excellent

### **NIVEAU D'ANXIETE**

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| 1. Qualité du sommeil, de l'endormissement, du stress                                    | Mauvais [- - - - -] Excellent |
| 2. Anxiété de performance scolaire et sportive ?   | Mauvais [- - - - -] Excellent |
| 3. Plaintes somatiques répétées avec examen clinique normal ?<br>( <i>Spasmophilie</i> ) | Mauvais [- - - - -] Excellent |
| 4. Absentéisme scolaire ou sportif ? (Perfectionnisme)                                   | Mauvais [- - - - -] Excellent |

### **CONDUITES à RISQUES et OPPOSITIONNELLES**

Mauvais [- - - - -] Excellent

(*auto agressivité , hétéro agressivité , consommation de toxiques , ivresses , sexualité précoce , sexualité non protégée , conduite dangereuse , résultats scolaires en baisse etc. .. ?*)

### **DIFFICULTES ALIMENTAIRES.**

Mauvais [- - - - -] Excellent

(*Vomissements post prandiaux, anorexie, boulimie, laxatifs etc... ?*)

### **L'HUMEUR**

Mauvais [- - - - -] Excellent

(*Tristesse, perte de l'élan vital, sommeil refuge, réveil fatigué, hyperactivité etc.. ?*)

### **QUALITE RELATIONNELLE** avec :

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1. La famille,  | Mauvais [- - - - -] Excellent |
| 2. Les amis,  | Mauvais [- - - - -] Excellent |
| 3. Le club, ( <i>isolement, bizarreries etc... ?</i> ). | Mauvais [- - - - -] Excellent |

**UN SUIVI serait-il SOUHAITABLE ?**

**OUI/NON**

### **OBSERVATIONS**

Nom et cachet du Psychologue

Nom et cachet du Médecin

Date :

Date :

Cette fiche doit être remplie soit:

- ✓ par un médecin
- ✓ par un psychologue à la demande du médecin et visée par ce dernier.