



Ce dossier vous permettra de réaliser, avant le 31 décembre 2020, les examens médicaux **obligatoires** suite à votre inscription sur la liste des sportifs de haut niveau.

Nous vous recommandons de garder une copie de l'ensemble de votre dossier médical.

COORDONNEES DU SPORTIF :

NOM :	Prénom :
Liste des sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> Elite <input type="checkbox"/> Senior <input type="checkbox"/> Relève	
Portable :	Courriel :@
Arme : <input type="checkbox"/> Fleuret <input type="checkbox"/> Epée <input type="checkbox"/> Sabre	

CADRE RESERVE A LA FFE :

Dossier complet : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Accusé réception : <input type="checkbox"/> OUI Date : __/__/20__ <input type="checkbox"/> NON (Motif :))
Saisi le : __/__/20__
Remarques :
.....
.....
.....



1. ECHOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE DE REPOS (ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE)

Faire pratiquer (**une seule fois pour toute votre carrière sportive, sauf si elle est pratiquée avant 15 ans, dans ce cas, refaire cet examen entre 18 et 20 ans**), par un cardiologue, une échographie transthoracique de dépistage dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut-niveau. Si vous décelez des soins ou des examens à effectuer, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils seront effectués.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

Tampon et signature

- Avoir pratiqué cet examen le/...../20... chez M, Melle
- Avoir transmis les résultats au sportif OUI NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires OUI NON
- Lui avoir remis une facture acquittée OUI NON

2. EPREUVE D'EFFORT CARDIOLOGIQUE d'intensité maximale

Faire pratiquer par un médecin du sport ou un cardiologue, **une seule fois pour toute votre carrière sportive**, une épreuve d'effort d'intensité maximale de dépistage, selon les modalités en accord avec les données scientifiques actuelles, dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut-niveau. Si vous décelez des soins ou des examens à effectuer, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils seront effectués.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

Tampon et signature

- Avoir pratiqué cet examen le/...../20... chez M, Melle
- Avoir transmis les résultats au sportif OUI NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires OUI NON
- Lui avoir remis une facture acquittée OUI NON

3. ELECTROCARDIOGRAMME STANDARDISE DE REPOS (peut être réalisé lors de l'examen médical ou lors de l'épreuve d'effort)

Faire pratiquer par un médecin du sport ou un cardiologue, un ECG standardisé de repos avec compte-rendu, dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut-niveau. Si vous décelez des soins ou des examens à effectuer, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils seront effectués.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

Tampon et signature

- Avoir pratiqué cet examen le/...../20... chez M, Melle
- Avoir transmis les résultats au sportif OUI NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires OUI NON
- Lui avoir remis une facture acquittée OUI NON



4. EXAMEN BIOLOGIQUE SANGUIN

Faire pratiquer une analyse sanguine comprenant NFS, Ferritine, Réticulocytes (pour les sportifs âgés de plus de 15 ans), dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut niveau. Si vous décelez des soins ou des examens à effectuer, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils seront effectués.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

Tampon et signature

Avoir pratiqué cet examen le/..../20... chez M, Melle

- Avoir transmis les résultats au sportif OUI NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires OUI NON
- Lui avoir remis une facture acquittée OUI NON

5. EXAMEN MEDICAL par un médecin diplômé en médecine du sport

Faire réaliser par un médecin du sport un examen médical, selon les recommandations de la Société Française de Médecine du sport, dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut-niveau.

Le sportif doit se présenter à vous **muni des résultats** des différents examens effectués en amont et listés ci-dessus. Ainsi vous pourrez en confronter les résultats avec l'examen médical que vous effectuerez et, le cas échéant, prescrire des examens complémentaires que vous jugerez utiles.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

Tampon et signature

- Avoir pratiqué cet examen le/..../20... chez M, Melle
- Avoir transmis les résultats au sportif OUI NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires OUI NON
- Lui avoir remis une facture acquittée OUI NON

Aucun règlement ne sera effectué par la fédération française d'escrime aux plateaux techniques de médecine du sport sans accord préalable et sans le respect des conditions suivantes :

- Facture précisant le NOM / Prénom / Date de naissance de chaque sportif
- L'ensemble des sportifs pour lesquels est effectuée la facturation doit être concerné par l'obligation de la surveillance médicale réglementaire (chaque sportif doit présenter au plateau technique le courrier de la fédération prévu à cet effet)



**CONSENTEMENT DE PARTICIPATION AU SUIVI BIOLOGIQUE
(Pour les mineurs)**

Je soussigné(e) :

Demeurant (adresse) :

.....

Autorise ma fille / mon fils :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Le médecin fédéral de la Fédération française d'escrime, m'a demandé mon accord afin qu'il puisse être prélevé des échantillons sanguins conformément aux textes règlementant la surveillance médicale réglementaire (SMR).

Il m'a précisé que j'étais libre de refuser à tout moment le prélèvement, tout en sachant que mon refus constitue une violation des textes réglementaires en vigueur.

Le but de ces examens est de vérifier que l'état de santé de ma fille / mon fils est compatible avec la pratique du sport de haut-niveau.

Je déclare être averti(e) qu'en cas d'anomalies résultantes de ces examens, conformément au règlement médical de la Fédération française d'escrime, et aux dispositions du Code du Sport, ma participation aux compétitions pourra être temporairement suspendue, afin de procéder à des examens médicaux complémentaires destinés à émettre un diagnostic plus précis.

Les données des examens biologiques qui me concernent resteront confidentielles, et seront communiquées :

- Au(x) médecin(s) de mon choix
- Au Dr Véronique Meyer, médecin fédéral, à qui je peux demander à tout moment des informations complémentaires.

Fait à :

Le :

Signature des parents du sportif



EXAMEN MEDICAL

NOM : Prénom :

Née le : __/__/__

Examen effectué à : Le : __/__/20__

Par le Dr : (médecin du sport)

Signature et cachet :

1. INTERROGATOIRE :

Antécédents notables :
Pathologies depuis le dernier examen :
Blessures lors du dernier examen :
Allergies connues :
Signes fonctionnels ce jour :

2. EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

Signes fonctionnels* : Dyspnée d'effort Palpitations Douleurs thoraciques
 Autre (préciser) :

Récupération :

TA : Fréquence cardiaque de repos :

Auscultation cardiaque :

Examen vasculaire :

ECG (si c'est vous qui le réalisez) : joindre une copie du tracé et valider cet examen p2

Interprétation :

FC : Axe : Rythme : Conduction :

Repolarisation :

3. EXAMEN RESPIRATOIRE :

Signes fonctionnels :

Tabac :

Asthme : (si oui, fournir les résultats de la dernière EFR)

Examen :

4. EXAMEN MORPHOSTATIQUE ET ANTHROPOMETRIQUE :

Taille : Poids : IMC : Masse grasse : %

Souplesse : Distance main sol :

Examen :
 Scoliose Attitude scoliothique Cyphose

Genoux :

Pieds :

Anomalie des groupes musculaires (préciser le cas échéant) :



11. VACCINATIONS :

Vaccin	A jour (OUI / NON)	Date dernier rappel
DTPolio		
BCG		
Hépatite B		
ROR		
Autre (préciser)		

12. BILAN DIETETIQUE : (résumé)

.....

13. EXAMENS BIOLOGIQUES :

Le sportif vous a-t-il présenté les résultats de la recherche de l'analyse biologique sanguine (comprenant NFS, Ferritine, Réticulocytes) ?

OUI NON

Anomalies constatées : OUI NON

Examens complémentaires demandés : OUI NON

14. CONCLUSION :

.....

MERCI DE REMPLIR LA SYNTHÈSE EN PAGE 10



BILAN PSYCHOLOGIQUE

NOM : Prénom :
 Née le : __/__/____
 Examen effectué à : Le : __/__/20__
 Par :
 NOM : Prénom :
 N° Adeli :
 Médecin du sport Psychologue Psychiatre Autre (Préciser) :

Signature et cachet :

Facteur de protection et de responsabilité

A l'issue de l'entretien, chaque rubrique est évaluée comme satisfaisante ou non, aux yeux de l'évaluateur, vis-à-vis de l'état de santé psychologique du sportif (cocher la case correspondante).

Cotation :

1 : satisfaisante 2 : moyennement satisfaisante 3 : satisfaisant 4 : très satisfaisante

	1	2	3	4
Sphère personnelle et familiale				
Environnement sportif				
Vie scolaire, universitaire ou professionnelle				
Santé physique				
Vie sociale				

Psychopathologie (se référer au DSM4 ou au CIM10)

1. Suivi

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)	Passé	En cours
Suivi pour antécédent psychopathologique					

Motif :

Traitements :

Professionnel impliqué (médecin, psychologue, psychiatre ...) :

2. Episodes dépressifs

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)	Passé	En cours
Dépression mineure					
Dépression sévère					

Passé : depuis plus de 6 mois

En cours : depuis moins de 6 mois

3. Trouble anxieux

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)	Passé	En cours
Troubles paniques					
agoraphobie					
Troubles obsessionnels et compulsifs					
Anxiété généralisée (durée d'au moins 6 mois)					
Phobie sociale					

4. Suicide

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)	Passé	En cours
Idée suicidaires					
Tentatives de suicide				-	-


5. Troubles psychotiques

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)		Passé	En cours
Idées délirantes / Hallucinations / Autres ...						

6. 1. Violences subies

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)		Passé	En cours
Harcèlement et agressions verbales						
Harcèlement et agressions physiques						
Harcèlement et agressions sexuelles						

6. 2. Violences portées

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)		Passé	En cours
Auto-agressivité						
Hétéro-agressivité						

7. Troubles du comportement alimentaire

	Oui	Non	NSP		Passé	En cours
Anorexie (Perte de poids, aménorrhée, altération de la représentation corporelle)						
Boulimie (réurrences, perte de contrôle lors des crises, comportement compensatoire inapproprié)						
Troubles mineurs du comportement alimentaire						

Poids : ... kg Taille : ... cm

8. Trouble du sommeil (depuis au moins 15 jours)

	Oui	Non	NSP		Passé	En cours
Difficultés d'endormissement						
Réveils nocturnes						
Somnolences diurnes						

9. Usage de substances

	Oui	Non	NSP		Passé	En cours
1. Compléments nutritionnels						
2. Tabac						
3. Cannabis						
4. Alcool						
5. Substances visant à améliorer la performance						
5.1. Substances dopantes / masquantes (β +, corticoïdes, diurétiques, laxatifs, anabolisants)						
5.2. EPO, insuline, Hormones de croissance, amphétamines, dérivés de synthèse (PFC), cocktails (pot belge), transfusions,...						
5.3. Substances psychoactives (Opiacés, cocaïne, hallucinogènes, sédatifs, hypnotiques,...)						

Type d'usage (entourer l'item ; si + de 2 substances, préciser derrière la réponse, le chiffre 1, 2, 3, 4, 5a, 5b, 5c correspondant)

Abus : Oui Non Ne sais pas **Fréquence :** Quotidienne Hebdomadaire Mensuelle Rare

Dépendance : Oui Non Ne sais pas **Durée, depuis :** < 6 mois 1 à 2 ans 5 à 10 ans + de 10ans



EXAMEN MEDICAL

-

SYNTHESE

	OUI	NON
Avez-vous observé une anomalie chez ce sportif ? <i>(si vous répondez NON à cet item, il est inutile de répondre aux autres questions)</i>		
Dans quelle catégorie peut-on classer cette anomalie ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>		
▪ Ostéo-articulaire		
· Membres		
· Rachis		
▪ Cardio-vasculaire		
· ECG de repos		
· échographie		
· épreuve d'effort		
· examen clinique		
▪ Pulmonaire		
▪ Digestif		
▪ Neurologique		
▪ Ophtalmologique		
▪ Gynécologique		
▪ Diététique		
▪ Psychologique, fatigue, surentrainement		
▪ Biologique		
Est-ce que cette anomalie est directement liée à la pratique de l'escrime ?		
Est-ce que cette anomalie risque d'être aggravée par la pratique de l'escrime ?		
Avez-vous contre-indiqué la pratique de l'escrime à ce sportif à cause de cette anomalie ?		
Avez-vous prescrit des examens complémentaires ?		
Jugez-vous nécessaire que le médecin coordonnateur de la surveillance médicale réglementaire de la fédération entre en contact avec ce sportif ?		

(Cocher la case correspondant à votre réponse)



DEMANDE DE REMBOURSEMENT

IDENTITE DU SPORTIF :

NOM : Prénom :

Adresse :
.....

Mail :@.....

Portable : _ _ _ _ _

TARIFS APPLICABLES POUR LE REMBOURSEMENT :

Nature des examens	Echographie cardiaque	Epreuve d'effort	ECG de repos	Bilan biologique	Examen médical
Plafond de remboursement fédéral	100€	100€	25€	20 €	25€

Je soussigné (nom du sportif - ou de ses parents si mineur)

Demande le remboursement des frais médicaux suivants (rayer les examens non concernés) que j'ai acquittés :

Echographie cardiaque : Montant (€)

(Une seule fois pour toute votre carrière sportive, sauf si elle est pratiquée avant 15 ans, dans ce cas, refaire cet examen entre 18 et 20 ans)

Epreuve d'effort : Montant (€)

(Une seule fois pour toute votre carrière sportive)

Electrocardiogramme de repos : Montant (€)

(Peut être pratiqué lors de l'examen médical)

Examen biologique sanguin : Montant (€)

Examen médical : Montant (€)

Pour un montant total acquitté de : €

Fait à Le __ / __ / ____

Signature du sportif (ou de ses parents si mineur)

Joindre obligatoirement :

- Les factures d'honoraires acquittées (mention obligatoire « feuille de soins non délivrée »)
- Un RIB (avec IBAN)