



**DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE  
SIMPLIFIEE DES SPORTIFS ESPOIRS ET DES COLLECTIFS NATIONAUX  
SAISON 2020-2021**

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

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

**COORDONNEES DU SPORTIF :**

|  |                        |
|--|------------------------|
| NOM : .....  | Prénom : .....         |
| Liste des sportifs : <input type="checkbox"/> Espoirs <input type="checkbox"/> Collectifs nationaux  |                        |
| 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 : .....   |
| .....   |
| .....   |
| .....   |



## DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE SIMPLIFIEE DES SPORTIFS ESPOIRS ET DES COLLECTIFS NATIONAUX SAISON 2020-2021

### 1. 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

### 2. 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.

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).



**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 scoliotique 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) ?

Anomalies constatées :  OUI  NON  
 Examens complémentaires demandés :  OUI  NON

**14. CONCLUSION :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**MERCI DE REMPLIR LA SYNTHESE EN PAGE 8**



### 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 |     |     |                   | -     | -        |



**DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE  
SIMPLIFIEE DES SPORTIFS ESPOIRS ET DES COLLECTIFS NATIONAUX  
SAISON 2020-2021**

**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 ( $\beta$ +, 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 ?<br><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               | ECG de repos | Examen médical |
|----------------------------------|--------------|----------------|
| Plafond de remboursement fédéral | 25€          | 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 :**

Electrocardiogramme de repos : ..... Montant (€)  
(Peut être pratiqué lors de l'examen médical)

Examen médical : .....

**Pour un montant total acquitté TTC 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)