



Fiche d'examen clinique pour la délivrance du Certificat d'Absence de Contre-Indication CACI à la pratique du Sport LOISIR et en COMPETITION (tenir compte des contre-indications et recommandations de nos disciplines)

1. DOCUMENT A CONSERVER PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sport pratiqué :

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :

.....

Avez-vous déjà été opéré ?

Non

Oui Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires

.....

.....

.....

Avez-vous déjà été hospitalisé pour :

traumatisme crânien Non Oui

perte de connaissance non oui

épilepsie non Oui

crise de tétanie ou spasmophilie non oui

Avez-vous des troubles de la vue ? non oui

si oui, portez-vous des corrections : lunettes lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition non oui

Avez-vous eu des troubles de l'équilibre non oui

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des événements suivants :

Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans Non Oui

Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) Non oui

Avez-vous déjà senti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

Malaise ou perte de connaissance Non Oui

Douleur thoracique Non Oui

Palpitations (cœur irrégulier) Non oui

Fatigue ou essoufflement inhabituel Non oui

Avez-vous ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| une maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |
| une maladie des vaisseaux | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |
| été opéré du cœur ou des vaisseaux | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |
| un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |
| une hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |
| un diabète | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |
| un cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |
| suivi un traitement régulier ces deux dernières années
(médicaments, compléments alimentaires ou autres) | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |
| une infection sérieuse dans le mois précédent | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |

Avez-vous déjà eu :

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| un électrocardiogramme | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |
| un échocardiogramme | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |
| une épreuve d'effort maximale | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> oui |

Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation Non oui

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (le joindre si possible)

Fumez-vous ? Non oui

si oui, combien de cigarettes par jour ?

Depuis combien de temps ?

2. DONNEES BIOMETRIQUES

Taille : Poids : % de tissu adipeux : %

BMI : Kg/m² Poids de forme :

Variation de poids récente : Non oui

Combien ? : En combien de temps ? :

3. APPAREIL LOCOMOTEUR

(Sujet allongé puis debout) : ostéo-articulaires, musculo-tendineux, ligamento-capsulaires ...

Anomalies : Non oui

Muscles :

.....

Tendons :

.....

Rachis :

.....

Ceinture capsulaire :

.....

Ceinture pelvienne :

.....

Genoux :

Cheville :

Pieds :

4. APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE (Cf protocole)

Anomalies : Non Oui

Auscultation cardiaque : (couché, assis, debout) :

Tronc artériel (palpation, auscultation) :

Veines et lymphatiques (varices, oedèmes) :

Pressions artérielles (cm Hg) aux 2 bras, couchés :

G syst G dias D syst D dias

Si effectué (1^{er} examen de l'année)

ECG de repos à 12 dérivations avec interprétation écrite :

Fréquence cardiaque :

Durée PR :

Durée QT corrigé :

Repolarisation :

Particularités :

5. APPAREIL DIGESTIF

Anomalies : Non Oui

Commentaire :

6. ORL

Troubles auditifs

OD OG

Troubles de l'équilibre

Commentaire :

7. APPAREIL RESPIRATOIRE

Anomalies : Non oui

Commentaire :
.....

8. DERMATOLOGIE

Anomalies : Non oui

Commentaire :
.....

9. OPHTALMOLOGIE

Anomalies : Non oui

Commentaire :
.....

Acuité visuelle (avec ou sans correction)

OD /10 OG /10

Port de lentilles : Non oui

10. NEUROLOGIE

Anomalies : Non oui

Commentaire :
.....
.....

11. EVALUATION PSYCHOLOGIQUE

Le sportif présente une ou plusieurs difficultés psychologiques ? Non oui

Si oui, elles se situent au niveau :

- Du projet sportif
- Du projet familial
- Du projet professionnel, scolaire
- Des relations avec l'entourage

Si difficultés : a-t'il les ressources pour faire face ? Non oui

Si non, un avis psychologique (ou psychiatrique) est-il conseillé ? Non oui



12. EVALUATION NUTRITIONNELLE

Présence d'un trouble du comportement alimentaire ? Non Oui

Si oui :

Ce trouble nécessite-t-il un avis psychologique ?

.....

Ce trouble nécessite-t-il un avis diététique ?

.....

Ce trouble est-il compatible avec la poursuite de la compétition ?

.....

Autres observations :

.....

.....

.....

.....