

**FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE
DU SQUASH**

(Page 1 sur 5)

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

Remarque préalable : Pour les demandes de double surclassement, le certificat médical ne peut être délivré que par un médecin du Sport (**titulaire du DESC de médecine du sport ou de la Capacité de médecine du sport**).

Les questionnaires ci-joints doivent être envoyés avec les examens exigés dont la liste est fournie en annexe 1.

1 - Questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le sportif ou son tuteur légal

Document à conserver par le médecin examinateur et à envoyer au Médecin Fédéral de la FFSquash.

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

Epilepsie 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 des troubles de l'audition ? Non Oui

Avez-vous des troubles de de l'équilibre ? Non Oui

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

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

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

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

• Malaise ou perte de connaissance : Oui Non

• Douleur thoracique : Oui Non

• Palpitations (cœur irrégulier) : Oui Non

• Fatigue ou essoufflement inhabituel : Oui Non

Avez-vous :

• Une maladie cardiaque : Oui Non

• Une maladie des vaisseaux : Oui Non

• Été opéré du cœur ou des vaisseaux : Oui Non

• Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu : Oui Non

• Une hypertension artérielle : Oui Non

• Un diabète : Oui Non

• Un cholestérol élevé : Oui Non

**FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE
DU SQUASH**

(Page 2 sur 5)

- Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres) : Oui Non
- Une infection sérieuse dans les mois précédent: Oui Non

Avez-vous déjà eu :

- un électrocardiogramme Non Oui
- un échocardiogramme Non Oui
- une épreuve d'effort maximale..... Non Oui

Avez-vous déjà eu

- des troubles de la coagulation ? Non Oui

A quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (Le joindre si possible)

Fumez-vous ? Non Oui

Si oui, combien par jour ? Depuis combien de temps :

Avez-vous - des allergies respiratoires (rhume des foins asthme) Non Oui

- des allergies cutanées Non Oui

- des allergies à des médicaments Non Oui

si Oui lesquels :

Prenez-vous des traitements

- Pour l'allergie ? (si Oui lesquels) Non Oui
- Pour l'asthme (si Oui lesquels) Non Oui

Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites Non Oui

Vos dents sont-elles en bon état ? (si possible joindre votre dernier bilan dentaire) Non Oui

Avez-vous déjà eu ?

- des problèmes vertébraux : Non Oui
- une anomalie radiologique : Non Oui

Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand)

- une luxation articulaire : Non Oui
- une ou des fractures : Non Oui
- une rupture tendineuse : Non Oui
- des tendinites chroniques : Non Oui
- des lésions musculaires: Non Oui
- des entorses graves : Non Oui

Prenez-vous des médicaments actuellement : Non Oui

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus :

Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos polio : Non ... Oui hépatite : Non Oui

Autre précisez.....

Avez-vous eu une sérologie HIV : Non Oui

**FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE
DU SQUASH**

(Page 3 sur 5)

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LES JEUNES FILLES

- A quel âge avez-vous été réglée.....
- Avez-vous un cycle régulier ? Non Oui
- Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? Non Oui
- Combien de grossesses avez-vous eu ?
- Prenez-vous un traitement hormonal ? Non Oui
- Prenez-vous une contraception orale ? Non Oui
- Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ? Non Oui Suivez-vous un régime alimentaire ? Non Oui
- Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ? Non Oui
- Avez-vous une affection endocrinienne ? Non Oui
Si Oui, laquelle ?
- Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?

Je, soussigné (parent ou tuteur légal pour les mineurs), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Nom & Prénom : Date : Signature :

2 – Fiche d'examen médical de Non contre-indication apparente à la pratique du Squash

Document à conserver par le médecin examinateur et par le médecin Fédéral de la FFSquash.

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : Date de naissance : Age :

Club ou structure : Discipline pratiquée : Squash

Niveau de pratique Titres ou classement

Heures d'activités physiques par semaine:

Scolarité Objectifs sportifs

CARNET DE SANTE présenté : Oui – Non

SAISON PRECEDENTE

Maladies : Traitements :

Traumatismes :

Période(s) d'arrêt :

Vaccinations : DTPC ou autre

HB AUTRES

VISION OD OG Corrections : lunettes lentilles

**FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE
DU SQUASH**

(Page 4 sur 5)

MORPHOLOGIE

Taille : Poids : IMC :
Stade pubertaire : N cycles/an
RACHIS : S fonctionnels : Cyphose : Scoliose : Lordose :
DDS : Lasègue actif : Talon-fesse en procubitus :
Membres supérieurs :
Membres inférieurs :
Etat musculaire :
Etat tendineux :
Signes fonctionnels ostéo-articulaires :

APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

Recherche d'un souffle cardiaque (position couchée et debout) :
Palpations des fémorales :
Signes cliniques de syndrome de Marfan :
Mesure de la Pression artérielle aux deux bras (position assise) :
Facteurs de risque :
Signes fonctionnels :
ECG si nécessaire : (résultat à joindre)
Test d'effort si nécessaire : (résultat à joindre)

APPAREIL RESPIRATOIRE

Perméabilité nasale :
Auscultation : Asthme :

ETAT DENTAIRE ET ORL

BILAN PSYCHOLOGIQUE :

OBERVATIONS-CONCLUSION

Annexe 1 : Liste des pièces à fournir

Pièces à fournir		
1- Le questionnaire complété		
2- Un électrocardiogramme d'effort (1)		
3- Une échographie cardiaque (1)		
4- Un électrocardiogramme standardisé de repos avec compte rendu médical		

(1) Pièces à fournir uniquement lors de la première demande

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE DU SQUASH

Madame/Monsieur _____

Date de naissance : _____

Licence n° : _____

Ne présente pas de contre-indication apparente à la pratique du squash en compétition

Certificat délivré pour la saison sportive : _____

Contre-indication temporaire : Aucune

Bilan complémentaire demandé : Aucun

Surclassement autorisé en double surclassement (validité jusqu'au 31/08 de la saison en cours).

Certificat délivré le _____ Par le Docteur _____

Fait pour faire valoir ce que de droit.

**Signature du médecin
ET cachet du centre de Médecine du Sport**