



Cergy, le 13 mai 2020

SUIVI MEDICAL REGLEMENTAIRE 2020-2021

à effectuer avant le 1^{er} juillet 2020

Pour les Sportifs de Haut Niveau (Elite, Senior, Relève)

1. **Un examen médical** réalisé par un médecin diplômé en médecine du sport, un centre médico-sportif ou le service médical d'un CREPS comprenant :
 - un examen médical approfondi avec questionnaires,
 - un examen électrocardiographique (ECG) standardisé de repos avec compte rendu médical,
 - un entretien psychologique **pour les sportifs majeurs et mineurs** pouvant être réalisé par le médecin lors de la visite,
 - un entretien après questionnaire d'évaluation nutritionnelle et conseils diététiques si nécessaire.
 - Un entretien après questionnaire sur le surentraînement.
 -
2. **Une échographie cardiaque** une fois à l'entrée sur liste, examen à renouveler :
 - une fois, 5 ans après le premier examen,
 - une fois après les 35 ans du sportif.
3. **Une épreuve d'effort** maximale « test de VO2 max direct », **uniquement pour les sportifs de haut niveau de plus de 35 ans, examen à effectuer à 35 ans, puis tous les 5 ans.**

Pour les Sportifs sur la liste Espoir ou Collectifs Nationaux

- Un examen médical** réalisé par un médecin diplômé en médecine du sport, un centre médico-sportif ou le service médical d'un CREPS comprenant :
- un examen médical approfondi avec questionnaires,
 - un examen électrocardiographique (ECG) standardisé de repos avec compte rendu médical,
 - un entretien psychologique **pour les sportifs majeurs et mineurs** pouvant être réalisé par le médecin lors de la visite,
 - un entretien après questionnaire d'évaluation nutritionnelle et conseils diététiques si nécessaire.
 - Un entretien après questionnaire sur le surentraînement.

*
* *
*

PROCEDURE DU SUIVI MEDICAL REGLEMENTAIRE

▪ Tarifs :

La FFHG prend en charge tous les examens demandés à hauteur du tarif conventionnel de la sécurité sociale.

EXAMENS	TARIF MAXIMAL REMBOURSE PAR LA FFHG
Bilan Médical (voir ci-dessus liste des examens)	Tarifcation du centre à concurrence de 3 x Tarif SS de consultation (actuellement maxi 69 €)
Epreuve d'effort « test de VO2 max direct » (uniquement pour les + de 35 ans)	Tarif SS (maximum 110 €)
Echographie cardiaque	Tarif SS (maximum 100 €)
ECG (<i>si effectué chez un spécialiste</i>)	Tarif SS (maximum 13,52 €)
Bilan diététique (<i>si effectué chez un spécialiste</i>)	Jusqu'à 40 €
Bilan psychologique (<i>si effectué chez un spécialiste</i>)	Jusqu'à 40 €

▪ Remboursements :

Deux possibilités existent pour le remboursement des factures :

- soit le praticien envoie directement la facture à la Fédération,
- soit le sportif avance le règlement et sera remboursé ensuite par la Fédération (envoyer une facture acquittée).

ATTENTION : dans ces 2 cas, le remboursement se fait seulement à la réception de la facture et des résultats. Il est nécessaire de nous indiquer la personne à rembourser (sportif ou praticien). Le sportif **ne doit pas présenter sa carte vitale lors des visites chez les différents praticiens.**

▪ ENVOI DES RESULTATS

Les résultats sont à envoyer par courrier simple à :

**FEDERATION FRANCAISE DE HOCKEY SUR GLACE – AREN'ICE - Dr Olivier TRICOIRE
33 avenue de la Plaine des Sports – 95800 CERGY**

Les résultats peuvent être envoyés par le médecin ou le sportif.

▪ REFERENTE MEDICALE A LA FFHG

**FEDERATION FRANCAISE DE HOCKEY SUR GLACE – AREN'ICE – Mme Jocelyne BROUART
33 avenue de la Plaine des Sports – 95800 CERGY
Tél. : 01 85 76 49 36 Courriel : j.brouart@ffhg.eu**

▪ POINTS SUPPLEMENTAIRES

- ☞ Au cas où le sportif reçoit un examen à faire mais « déjà réalisé », il se peut qu'il s'agisse d'une simple relance afin d'obtenir les résultats.
- ☞ Un sportif faisant des examens en double ne sera pas remboursé.
- ☞ Le sportif doit toujours garder une copie de ses résultats.

▪ **POLES**

Appartient à un Pôle OUI NON

Nom du Responsable du Pôle :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél :

Email :

▪ **LISTES MINISTERIELLES**

Sportif haut niveau (élite, senior, relève)

Sportif Espoir ou collectifs nationaux

Année de la 1^{ère} inscription sur liste :

▪ **EQUIPE NATIONALE**

Dopage

Détail des contrôles :

Suivi de contrôle positif :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

INTERROGATOIRE

Date de l'examen :

Par le Dr :

<u>Mise à jour depuis le dernier examen effectué</u>	OUI	NON	Si OUI précisez :
▪ Avez-vous été malade ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Avez-vous été blessé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Avez-vous fait une méforme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Avez-vous été opéré ou hospitalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Avez-vous pris des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Avez-vous suivi un traitement en kinésithérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Symptomatologie d'alerte</u>	OUI	NON	Si OUI précisez :
▪ Fatigue anormale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Diminution des performances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Troubles du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Troubles de l'humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Troubles de l'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Blessures fréquentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Problèmes de poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Douleurs osseuses, articulaires ou musculaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Localisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Sensation d'instabilité articulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Localisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Antécédents personnels</u>	OUI	NON	Si OUI précisez :
▪ Interventions chirurgicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Cardio-vasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Respiratoires, asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Traumatiques non chirurgicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Antécédents sportifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Antécédents non sportifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Ophtalmologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ACTIVITE SPORTIVE

Objectifs

Programme d'entraînement	Nombre d'heures par semaine
Nombre total d'heures de sport	Heures de glace
Jogging	Musculation
Récupération	

HYGIENE DE VIE

Sommeil nombre d'heures par jour : qualité :
sieste

Nutrition

- Habitudes alimentaires
- Pathologies liées à l'alimentation ? Régime en cours ?
- Vitamines Compléments alimentaires
- Protéines

Consommations diverses

- Tabac : Fumez-vous ? Chiquez-vous ?
- Alcool : quoi (Bière, vin, alcools forts) Combien ?
- Stupéfiants : Consommez-vous des substances stupéfiantes ? Cannabis

EXAMEN CLINIQUE

Biométrie Données anthropométriques

Taille cm	Poids Kg
Poids de forme Kg	IMC

Cardiovasculaire

Fréquence : bpm Tension artérielle / mmHg
Auscultation cardiaque :
Souffle cardiaque :

Respiratoire

- Auscultation
- Auscultation pulmonaire normale ?

Appareil locomoteur

Examen debout

Rachis

- Anomalie de la statique rachis ?
- Pathologie rachidienne :

Membres supérieurs

- Signal d'appel ?
- Epaule :
- Coude :
- Poignet :
- Main :

Membres inférieurs

- Signal d'appel ?
- Hanche :
- Genoux :
- Chevilles :
- Pieds :
- Podologie
- Port de semelles ?
- Examen allongé
- Inégalité de longueur des MI :
- Laxité anormale d'une articulation :
- Musculaire
- Distance doigt sol :

AUTRE	OUI	NON	Si OUI précisez :
▪ Ophtalmologie et ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Dermatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Urogénital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LES 10 QUESTIONS DE GYNECOLOGIE	OUI	NON
Mes 1 ^{ères} règles sont venues après l'âge de 16 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà eu une absence de règles > 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai mes règles 1 mois sur 2 ou 1 mois sur 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu une ou plusieurs fractures de fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les douleurs de règles me gênent parfois à l'entraînement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends du poids avant mes règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai moins d'énergie et plus de fatigue avant les règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaiterais prendre ou changer de contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'oublie souvent ma pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'entraînement, à la course, au saut, à la toux, j'ai parfois quelques « fuites urinaires »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une réponse OUI doit amener à une consultation gynécologique (bilan hormonal ou non), il peut s'agir uniquement d'un entretien qui débouchera sur un suivi.

La 1^{ère} partie concerne l'aménorrhée.

La 2^{ème} partie avec questions, la dysménorrhée et syndrome prémenstruel qui peuvent ne pas avoir été pris en charge, puis 2 questions sur la contraception, pour limiter les demandes d'IVG ou les oublis.

Enfin le dernier item sur la pathologie urinaire qui touche 40 % des sportives à l'INSEP.

La demande de biologie hormonale sera laissée à l'appréciation du gynécologue.

**FICHE DE RECUEIL EPIDEMIOLOGIQUE DANS LE CADRE DU BILAN PSYCHOLOGIQUE
DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU**

☞ Chaque item doit être renseigné

Date : _____ Sport : _____ Age du sportif : _____ Sexe : M F

Liste (entourer l'item) : Senior Jeune Espoir

Bilan réalisé par (cocher la case correspondante) :

<input type="checkbox"/>	Médecin du sport	<input type="checkbox"/>	Psychologue
<input type="checkbox"/>	Psychiatre	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser)

Nom du professionnel : _____ Prénom : _____ N° Adeli : _____

Bilan effectué à : _____ (nom de la structure), puis cocher :

<input type="checkbox"/>	Structure intégrée au site d'entraînement	<input type="checkbox"/>	Structure hors site
--------------------------	---	--------------------------	---------------------

Facteurs de protection et de vulnérabilité

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 : non satisfaisant 2 : moyennement satisfaisant 3 : satisfaisant 4 : très satisfaisant

	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)

NSP : Ne Sait Pas Passé : depuis + de 6 mois En cours : depuis – de 6 mois

1. Suivi	OUI	NON	NSP	Passé	En cours
Suivi pour antécédent psychopathologique					

Motifs :

Traitements :

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

2. Episodes dépressifs	OUI	NON	NSP	Passé	En cours
Dépression mineure					
Dépression sévère					

3. Troubles anxieux	OUI	NON	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	NSP	Passé	En cours
Idées suicidaires					
Tentative de suicide					

5. Troubles psychotiques	OUI	NON	NSP	Passé	En cours
Idées délirantes/Hallucinations/Autres ...					

6. Violences					
6.1. Violences subies	OUI	NON	NSP	Passé	En cours
Harcèlement et agressions verbales					
Harcèlement et agressions physiques					
Harcèlement et agressions sexuelles					
6.2. Violences portées	OUI	NON	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 (réurrence, perte de contrôle lors des crises, comportement compensatoire inapproprié)					
Troubles mineurs du comportement alimentaire					

Poids : kg

Taille : cm

8. Troubles 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
9.1. Compléments nutritionnels					
9.2. Tabac					
9.3. Cannabis					
9.4. Alcool					
9.5. Substances visant à améliorer la performance					
a. Substances dopantes/masquantes (β +, Corticoïdes, Diurétiques, Laxatifs, Anabolisants)					
b. EPO, Insuline, Hormones de croissance, Amphétamines, Dérivés de synthèse (PFC), Cocktails (Pot belge), Transfusions, ...					
c. Substances psychoactives (Opiacés, Cocaïne, Hallucinogènes, Sédatifs, Hypnotiques ...)					

Type d'usage (entourer l'item ; si + de 2 substances)

Abus : OUI NON Ne sait pas

Dépendance : OUI NON Ne sait pas

Fréquence : Quotidienne Hebdomadaire Mensuelle Rare

Durée, depuis : < 6 mois 1 à 2 ans 5 à 10 ans + de 10 ans

QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL

NOM :

Prénom :

▪ INFORMATION

Accidents ou problèmes de santé survenus depuis 1 an :

Y a-t-il eu une incidence sur votre alimentation : OUI NON

Commentaires :

Y a-t-il eu une incidence sur votre poids : OUI NON

Commentaires :

▪ HABITUDES ALIMENTAIRES

Type d'alimentation : Variée et paraissant spontanément équilibrée Plutôt riche en féculent
 Plutôt riche en graisse Plutôt riche en protéine
 Végétarien Végétalien

Appétit : Bon Moyen Irrégulier Mauvais

Objectifs : Entretien Amaigrissement Prise de poids Augmentation de la masse musculaire

Aversions et/ou allergies alimentaires : OUI NON

Si oui, précisez :

Pathologies liées à l'alimentation : OUI NON

Si oui, précisez :

Changement d'alimentation en fonction des objectifs sportifs ? OUI NON

J'ai la sensation d'avoir perdu le contrôle de mon poids OUI NON

Mon poids fluctue de plus de 6 kg dans la saison OUI NON

Je me trouve trop gros(se) alors que les autres me trouvent trop mince ? OUI NON

La nourriture domine ma vie ? OUI NON

Régime en cours ? OUI NON

▪ LES REPAS

Petit-déjeuner : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Déjeuner : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Dîner : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Collation : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Précisez : en matinée l'après-midi le soir

Grignotage ? OUI NON

Si oui, précisez :

▪ HYDRATATION

Eau plate, gazeuse (tisanes) : ½ litre 1 litre > 1 litre

Boissons sucrées (sirop, sodas, jus de fruits) : Occasionnel 1 verre/j 1-2 verres/j >2 verres/j

Thé/Café : <1 tasse/j 1 à 3 tasses/j >3 tasses/j

Vous buvez : lors des repas entre les repas à l'entraînement

QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL (Suite)

▪ **COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ-VOUS**

Lait/yaourts/fromage blanc/petits suisses : _____ /jour
Fromages secs : _____ /jour
Crème dessert, flan : _____ /jour
Des viandes/poissons/œufs/jambon : _____ /jour
Des féculents, autre que le pain : pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs : _____ /jour
Pain ou biscottes ou céréales : _____ /jour
Des fruits : _____ /jour
Des légumes crus ou cuits : _____ /jour

Avez-vous l'habitude de cuisiner « léger » (peu d'huile, de beurre, de crème) : OUI NON

▪ **COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE MANGEZ-VOUS**

Des sucreries (bonbons, glaces, barres chocolatées...) : ≤1 2 à 4 > 4
Des viennoiseries, pâtisseries : ≤1 2 à 4 > 4
Restauration rapide (sandwich, croque-monsieur, fast-food, quiches ...) : ≤1 2 à 4 > 4
Des charcuteries (saucisson, pâté ...) : ≤1 2 à 4 > 4
Fritures, plats en sauce ... : ≤1 2 à 4 > 4

▪ **PRENEZ-VOUS DES VITAMINES ou DES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES**

Vitamine C ? OUI NON Si oui, précisez : _____
Protéines ? OUI NON Si oui, précisez : _____
Compléments alimentaires ? OUI NON Si oui, précisez : _____

▪ **PENDANT LE SPORT**

Vous buvez : Eau : OUI NON Nature : _____ Quantité _____ l/h
Boissons sucrées : OUI NON Nature : _____ Quantité _____ l/h
Boissons énergétiques : OUI NON Nature : _____ Quantité _____ l/h
Vous mangez : Barres protidiques : OUI NON Nature : _____ Qté _____ barres/h
Barres de céréales : OUI NON Nature : _____ Qté _____ barres/h
Autres : OUI NON Nature : _____ Qté _____ barres/h

Souhaitez-vous rencontrer la diététicienne/le diététicien ? OUI NON

Conclusions du médecin : _____

QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DU SURENTRAINEMENT

De la SFMS (Société Française de Médecine du Sport)

Nom : **Prénom** : **Date du jour** :

Date de naissance :

Quelle est votre profession ?

Si vous êtes étudiant, êtes-vous en période d'examens ? oui non

Quelle est votre discipline sportive principale ?

Niveau de pratique ? International ou National ou Régional

Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ?.....

Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale ?.....

Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ?.....

Nombre de compétitions dans le mois qui précède (en journées de compétition) :

Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les ?

Y a-t-il eu au cours du dernier mois, un événement important ayant perturbé votre vie personnelle ou familiale ?
oui non

Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? oui non

Prenez-vous un traitement actuellement ? oui non

Lequel ?

Avez-vous effectué un stage récent en altitude (dans les derniers 15 jours) ? oui non

Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autres raison) ? oui non

Avez-vous des troubles des règles ? oui non

Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :

Mon Niveau de Performance est :

Mauvais <----->Excellent

Je me fatigue :

Plus lentement <-----> Plus rapidement

Je récupère de mon état de fatigue :

Plus vite <-----> Plus lentement

Je me sens :

Très détendu <-----> Très anxieux

J'ai la sensation que ma force musculaire a :

Augmenté <-----> Diminué

J'ai la sensation que mon endurance a :

Augmenté <-----> Diminué

Ce dernier mois :

1	Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué	OUI	NON
2	Je ne soutiens pas autant mon attention	OUI	NON
3	Mes proches estiment que mon comportement a changé	OUI	NON
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine	OUI	NON
5	J'ai une sensation de palpitation	OUI	NON
6	J'ai une sensation de gorge serrée	OUI	NON
7	J'ai moins d'appétit qu'avant	OUI	NON
8	Je mange davantage	OUI	NON
9	Je dors moins bien	OUI	NON
10	Je somnole et baille dans la journée	OUI	NON
11	Les séances me paraissent trop rapprochées	OUI	NON
12	Mon désir a diminué	OUI	NON
13	Je fais de contre-performances	OUI	NON
14	Je m'enrhume fréquemment	OUI	NON
15	J'ai des problèmes de mémoire	OUI	NON

16	Je grossis	OUI	NON
17	Je me sens souvent fatigué	OUI	NON
18	Je me sens en état d'infériorité	OUI	NON
19	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	OUI	NON
20	J'ai plus souvent mal à la tête	OUI	NON
21	Je manque d'entrain	OUI	NON
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	OUI	NON
23	Je me confie moins facilement	OUI	NON
24	Je suis souvent patraque	OUI	NON
25	J'ai plus souvent mal à la gorge	OUI	NON
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	OUI	NON
27	Je supporte moins bien mon entraînement	OUI	NON
28	Mon coeur bat plus vite qu'avant au repos	OUI	NON
29	Mon coeur bat plus vite qu'avant à l'effort	OUI	NON
30	Je suis souvent mal fichu	OUI	NON
31	Je me fatigue plus facilement	OUI	NON
32	J'ai souvent des troubles digestifs	OUI	NON
33	J'ai envie de rester au lit	OUI	NON
34	J'ai moins confiance en moi	OUI	NON
35	Je me blesse facilement	OUI	NON
36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées	OUI	NON
37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	OUI	NON
38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	OUI	NON
39	J'ai perdu de la force, du punch	OUI	NON
40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	OUI	NON
41	Je dors plus	OUI	NON
42	Je tousse plus souvent	OUI	NON
43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	OUI	NON
44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs	OUI	NON
45	Je m'irrite plus facilement	OUI	NON
46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	OUI	NON
47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	OUI	NON
48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles	OUI	NON
49	C'est ma faute si je réussis moins bien	OUI	NON
50	J'ai les jambes lourdes	OUI	NON
51	J'égare plus facilement les objets (clés, etc..)	OUI	NON
52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	OUI	NON
53	Je maigris	OUI	NON
54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	OUI	NON

Interprétation :

Réponse « OUI » à plus de 20 items = sujet à risque de surentraînement (notamment en présence de troubles du sommeil et de l'appétit).

Références :

- Legros P, Beau M, Desmarests Y, Jusselin E, Medelli J, Paruit C, et al. Le surentraînement. Science & Sports 1992;7:51-7.
- Legros P, Bedu M, Desmarais Y, Jusselin E, Medelli J, Paruit C, et al. Le surentraînement : diagnostic des manifestations psychocomportementales précoces. Science & Sports 1993; 8:71-4.

CONCLUSION

Je soussigné(e),
certifie avoir examiné le / /
l'athlète (*nom, prénom*) :

Signature et cachet du médecin



ECHOCARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE DE REPOS

Nom et prénom de l'athlète :

Poids :

Taille :

Surf. Corporelle :

Appareil et sonde utilisés :

Echogénicité : Bonne – Médiocre – Mauvaise

Données TM (enregistrement en 50 mm/s ou 100 mm/s)

Méthode de mesure choisie : ASE (American Society of Echographie)

Autre :

	DIASTOLE		SYSTOLE	
Epaisseur septum (SIV) :		mm		mm
Paroi postérieure (PP) :		mm		mm
Diamètre VG :		mm		mm

Aorte : mm Oreillette gauche : mm VD Diastole : mm

Masse VG : g Masse VG : g/m²

préciser la formule utilisée par défaut :

Implantation des coronaires :

Fonction systolique :

Volume VG diastole : mL Volume VG systole : mL

FR (fraction de raccourcissement systolique du VG) : % FE (fraction d'éjection) : %

Fonction systolique globale normale : oui non, précisez :

Fonction systolique segmentaire homogène : oui non, précisez :

Données Doppler :

Fonction diastolique :

Flux mitral : Onde E : cm/s Onde A : cm/s E/A : Pente EF : mm/s

Septum : Ea : cm/s Aa : cm/s Sa : cm/s E/Ea :

Temps de relaxation isovolumétrique : ms

Fuites valvulaires : oui non Si oui, précisez :

Obstructions valvulaires : oui non Si oui, précisez :

PAPs (évalué par IT autre méthode - non mesurable) : mmHg : PAPd : mmHg

CONCLUSION

Je soussigné(e),
certifie avoir examiné le / /
l'athlète (nom, prénom) :

- Absence d'anomalie échographie contre-indiquant la pratique du sport de haut niveau
- Présente d'anomalie échographie contre-indiquant (temporaire/définitivement) la pratique du sport de haut niveau

Signature et cachet du médecin



FFHG

**EPREUVE D'EFFORT D'INTENSITE MAXIMALE
COUPLEE A LA MESURE D'ECHANGES GAZEUX « TEST DE VO2 MAX DIRECT »**

EVALUATION FONCIERE

Important : Toute première épreuve d'effort devra être réalisée sur cyclo-ergomètre, avec surveillance tensionnelle, mesure des échanges gazeux et des lactates. Dès le seuil ventilatoire dépassé, accéder le plus vite possible à la valeur maximale pour obtenir la PMA.

* **VO² max** : directe UNIQUEMENT VO² MAX = _____ L / mn = _____ ml / mn /kg
 Bicyclette tapis Lactate max = _____ mmol/L

* **Détermination du seuil anaérobie** : ventilatoire ou lactique

	Repos	Seuil Ventilatoire SV1 ou SL1	Transition Aérobie Anaérobie	à VO ² max
Adaptation Cardiaque	Fréquence Tension Artérielle			
Adaptation Ventilatoire	Fréquence Volume Débit QR			
Adaptation Métabolique	Lactates Consommation O ₂ VO ² L/mn VO ² ml/mn/kg			
Paramètres Mécaniques	Vitesse km/h Pente Puissance Watts			
Récupération	FC à 30 '' FC à 1' FC à 2' FC à 3' FC à 4' FC à 5'	TA à 1' TA à 3' TA à 4' TA à 5'		

CONCLUSION

Je soussigné(e),
certifie avoir examiné le / /
l'athlète (nom, prénom) :

- Absence d'anomalie tensionnelle, ECG et/ou métabolique à l'effort
 Présent

FICHE DE SYNTHÈSE	Nom :	Prénom :
Examen Clinique :		
<input type="checkbox"/> Sans Anomalie	<input type="checkbox"/> Anomalies mineures <input type="checkbox"/> Anomalies majeures	<input type="checkbox"/> Anomalies mineures à explorer <input type="checkbox"/> Anomalies majeures à explorer
Examen Psychologique :		
<input type="checkbox"/> Sans Anomalie	<input type="checkbox"/> Anomalies mineures <input type="checkbox"/> Anomalies majeures	<input type="checkbox"/> Anomalies mineures à explorer <input type="checkbox"/> Anomalies majeures à explorer
Examen Diététique :		
<input type="checkbox"/> Sans Anomalie	<input type="checkbox"/> Anomalies mineures <input type="checkbox"/> Anomalies majeures	<input type="checkbox"/> Anomalies mineures à explorer <input type="checkbox"/> Anomalies majeures à explorer
Dépistage Sure entraînement :		
<input type="checkbox"/> Sans Anomalie	<input type="checkbox"/> Anomalies mineures <input type="checkbox"/> Anomalies majeures	<input type="checkbox"/> Anomalies mineures à explorer <input type="checkbox"/> Anomalies majeures à explorer
ECG (si réalisé) :		
<input type="checkbox"/> Sans Anomalie	<input type="checkbox"/> Anomalies mineures <input type="checkbox"/> Anomalies majeures	<input type="checkbox"/> Anomalies mineures à explorer <input type="checkbox"/> Anomalies majeures à explorer
<u>Observations particulières :</u>		
Examens complémentaires proposés (merci de nous tenir informé des résultats) :		
Avis spécialisés demandés :		
Traitements proposés :		

DETERMINATION DE L'APTITUDE

Je soussigné(e),
Docteur en médecine, qualifié en médecine du sport, certifie avoir examiné le / /
l'athlète (nom, prénom) :

- Je n'ai constaté aucune contre-indication apparente à la pratique du hockey sur glace
 J'ai constaté une contre-indication à la pratique du hockey sur glace ①

① Merci de préciser la pathologie responsable

Signature et cachet du médecin