

Ce dossier vous permettra de réaliser, **avant le 6 mai 2024**, 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.

**COORDONNÉES 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 RÉSERVÉ 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. ÉCHOGRAPHIE 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 règlementaire 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. ÉPREUVE 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 règlementaire 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. ÉLECTROCARDIOGRAMME STANDARDISÉ 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 règlementaire 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 (cf : ordonnance type) 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 MÉDICAL 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)

**FEDERATION FRANÇAISE D'ESCRIME**  
**A l'attention du médecin fédéral en charge de la SMR**  
**7 PORTE DE NEUILLY**  
**93160 NOISY LE GRAND**

**ORDONNANCE DE BIOLOGIE TYPE**

- NFS
- Réticulocytes
- Créatininémie
- Urée
- Ferritinémie
- Transaminases, GGT
- Glycémie
- EAL
- TSHus
- Ionogramme sanguin
- PAL, Bilirubinémie T/C
- Microalbuminurie, Hématurie sur échantillon
- VS
- Vitamine B12, Folates, Vitamine D
- Sérologie: HIV 1 et 2, Hépatite B et C
- Calcémie
- Albuminémie

**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 règlementaires 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 médecin fédéral de la FFE à qui je peux demander à tout moment des informations complémentaires.

Fait à :

Le :

Signature des parents du sportif

**EXAMEN MÉDICAL**

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. EXISTENCE D'UN TRAITEMENT (Si oui, joindre les ordonnances) :**

Traitement de fond :  Oui  Non  
 Traitement transitoire en cours :  Oui  Non  
 Traitement susceptible de positiver les contrôles antidopage :  Oui  Non  
 (<https://medicaments.afld.fr/>)  
 Existence d'une AUT :  Oui  Non  
 (<https://sportifs.afld.fr/effectuer-une-demande-daut/>)

**3. 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 : .....

**4. EXAMEN RESPIRATOIRE :**

Signes fonctionnels : .....  
 Tabac : .....  
 Asthme : ..... (si oui, fournir les résultats de la dernière EFR)  
 Examen : .....

**5. EXAMEN MORPHOSTATIQUE ET ANTHROPOMÉTRIQUE :**

Taille : ..... Poids : ..... IMC : ..... Masse grasse : ..... %  
 Souplesse : ..... Distance main sol : .....



**12. BILAN DIETETIQUE :**

EXEMPLE DE GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ÉVALUATION DES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES

**COMPOSITION HABITUELLE DES REPAS** (journée type) estimation des quantités si possible en poids, bol, assiette, cuillère à soupe, etc....)

PETIT DEJEUNER	ALIMENTS	QUANTITE
A quelle heure ?		
<input type="checkbox"/> Debout		
<input type="checkbox"/> Assis		
<u>Synthèse</u> :		

Est-il le même tous les jours ?  Oui  Non

Quels autres types d'aliments prenez-vous alors ? .....

Avec quelle fréquence ? .....

DEJEUNER	ALIMENTS	QUANTITE
A quelle heure ?		
<input type="checkbox"/> Debout		
<input type="checkbox"/> Assis		
<u>Synthèse</u> :		

DÎNER	ALIMENTS	QUANTITE
A quelle heure ?		
<input type="checkbox"/> Debout		
<input type="checkbox"/> Assis		
<u>Synthèse</u> :		

**FAITES-VOUS UN GOUTER ?**  Oui  Non

A quelle heure ? .....

Avec quels aliments ? .....

**EXISTE-T-IL D'AUTRES MOMENTS DANS LA JOURNEE OU VOUS MANGEZ ?**  Oui  Non

Si oui,  par faim  par ennui  par gourmandise  autre :  salés  sucrés

Vers quelle heure ? .....

Quels aliments ? .....

Avec quelle fréquence ? .....



**QUE BUVEZ-VOUS ? QUELLES QUANTITES ET FREQUENCE ?**

- Eau .....  moins d'1/2 l/j       ½ à 1 l/j       1 à 2 l/j       plus, combien ? .....
- Vin .....  rien       2 à 3 verres/j       4 à 7 verres/j       plus, combien ? .....
- Bière ou cidre...  rien       1 canette/j       plus, combien ? .....
- Apéritif .....  rien       1/j       1/semaine       plus, combien ? .....
- Jus de fruits .....  rien       2 à 3 verres/j       4 à 7 verres/j       plus, combien ? .....
- Boissons sucrées (jus de fruits, sirop, soda, ect...)  
 rien       1 verre/j       2 à 3 verres/j       plus, combien ? .....
- Autres boissons (infusions, thé, café, ect...)  
 rien       1 tasse/j       2 à 3 tasses/j       plus, combien ? .....
- Combien de morceaux de sucre utilisez-vous par tasse  
 aucun       1 unité/tasse       2 unités/tasse       plus, combien ? .....
- Mettez-vous du lait ?  
 écrémé       1 écrémé       entier       combien ? .....

**QUE MANGEZ-VOUS ? QUELLES QUANTITES ET FREQUENCE ?**

- Crudités (légumes crus).....  à chaque repas       1 fois/j       1 fois/semaine
- Légumes cuits.....  à chaque repas       1 fois/j       1 fois/semaine
- Viande...  à chaque repas       1 fois/j       jamais       moins, combien ? .....
- Produits reconstitués tels que nugget's, cordons bleus, ect...  
 tous les jours       4 fois/semaine       2 fois/semaine       moins
- Poisson .....  jamais       1 fois/semaine       plus, combien ? .....
- Œufs .....  jamais       1 fois/semaine       plus, combien ? .....
- Charcuterie (jambon, rillettes, pâtés, ect...)  
 à chaque repas       1 fois/j       2 à 4 fois/semaine       plus, combien ? .....
- Entrée à base de feuilleté ou tartes ?  
 à chaque repas       1 fois/j       2 à 4 fois/semaine       plus, combien ? .....
- Fromages (ex : type 1 camembert = 8 portions)  
 2 portions/repas       1 portion/repas       1 portion/jour       plus, combien ? .....
- Féculents (riz, pâtes, pommes de terre)  
 .....  jamais       à chaque repas       1 fois/jour       2 à 3 fois/ semaine
- Légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches, ect...)  
 .....  jamais       1 fois/semaine       1 à 2 fois par mois       2 à 3 fois/ an
- Fruits crus.....  jamais       à chaque repas       1 fois/jour
- Fruits cuits.....  jamais       à chaque repas       1 fois/jour
- Fritures (frites, chips, beignets, ect...)  
 jamais       1 fois/semaine       2 à 4 fois/semaine       plus, combien ? .....
- Combien de fois dans la journée, en comptant le petit déjeuner, prenez-vous une part de laitage (yaourt, fromage blanc) ou un verre de lait ?  
 jamais       1 fois/jours       3 fois/semaine       plus, combien ? .....
- Consommez-vous des desserts sucrés (pâtisseries, glaces, entremets) ?  
 jamais       1 fois/semaine       2 fois/semaine       plus, combien ? .....
- Consommez-vous des viennoiseries, croissants ?  
 jamais       1 fois/semaine       2 fois/semaine       plus, combien ? .....

Consommez-vous des produits sucrés (bonbons, chocolat, ect...) ?

jamais     1 fois/semaine     2 fois/semaine     plus, combien ? .....

Combien consommez-vous de pain/jour ? (une baguette = 200g) ?

moins de 100 g     100 à 200 g     plus, combien ? .....

Utilisez-vous des produits allégés ?     oui     non

Si oui,     allégés en sucre     allégés en graisses

**MODE DE CUISSON OU D'ASSAISONNEMENT LE PLUS RÉGULIÈREMENT UTILISÉ, POUR :**

Les VIANDES : Vous utilisez des matières grasses ?     oui     non

Quels types :     beurre     crème     margarines     huiles

Les LEGUMES : Vous utilisez des matières grasses ?     oui     non

Quels types :     beurre     crème     margarines     huiles

Les SALADES :     1 cuillère à soupe d'huile/personne     plus, combien ? .....

Estimez la quantité consommée de :

Beurre		Huile		Margarine		Crème	
Par jour :		Par jour :		Par jour :		Par jour :	
Par semaine :		Par semaine :		Par semaine :		Par semaine :	
Par mois :		Par mois :		Par mois :		Par mois :	

Existe-t-il des aliments que vous ne supportez pas, ou que vous ne devez (pouvez) pas manger ?

.....

.....

.....

EXEMPLE DE GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE RECUEIL DE DONNEES SUR LES CONDITIONS ET HABITUDES DE VIE

**ACTIVITES SOCIOPROFESSIONNELLES**

Travaillez-vous actuellement ?  oui, profession : .....  
 non : .....

Si oui,  horaire de bureau  horaire alterné jour/nuit  autre : .....

Si oui,  repos fixe  repos variable  autre : .....

Avez-vous une activité associative ou autre ?  oui  non

Si oui, laquelle : .....

Vous vivez :  seul(e)  en famille Combien de personnes ? Adultes ..... Enfants .....

en compagnie Combien de personnes ? Adultes ..... Enfants .....

**HISTOIRE DU POIDS**

Vous souvenez-vous de votre poids de naissance ?

A l'âge adulte, quel était (est) votre poids le plus bas ? ..... A quel âge ? .....

Quel était (est) votre poids le plus haut ? ..... A quel âge ? .....

Votre poids a-t-il varié récemment ? .....

De combien ? ..... Depuis quand ? .....

Pourquoi (évènement de vie) ? .....

% de variation de poids : .....

Quel est votre poids actuel ? ..... Votre taille ? ..... votre IMC ? .....

Souhaitez-vous modifier votre poids actuel ?  oui  non de combien ? .....

Quel est votre « poids de forme » (poids où vous vous sentez bien) ? .....

**ALIMENTATION**

Votre culture, religion influence-t-elle votre alimentation ?  oui  non

Si oui, qui réalise les achats alimentaires ? (Où, quand, avec qui ?) : .....

Si c'est vous, est-ce ?  un plaisir  une contrainte  autre : .....

Chez vous, qui prépare les repas ? .....

Aimez-vous cuisiner ?  oui  non

Quels types de préparations ? .....

Goûtez-vous les plats ? .....

De quel temps disposez-vous pour préparer les repas ? .....

De quel équipement disposez-vous pour cuisiner, conserver vos aliments ?

réfrigérateur  congélateur

four  four micro-ondes  cuisinière  autres : .....

Quelle est la durée des repas ?

Petit déjeuner : ..... Déjeuner : ..... Dîner : .....

Manger-vous ? seul(e) ou en compagnie ?

Midi :  seul(e)  en famille  en compagnie

Soir :  seul(e)  en famille  en compagnie

Manger-vous par :  nécessité ?  faim ?  gourmandise ?

Mangez-vous ?  vite  lentement

Existence de difficultés pour s'approvisionner, préparer les repas, s'alimenter ?

non  oui, lesquelles ? .....

Habituellement, suivez-vous un régime alimentaire ?  oui  non

Si oui, lequel ? .....

Avez-vous déjà suivi d'autres régimes ? .....  oui  non

Si oui, lesquels ? .....

Quand ? .....

Pourquoi ? .....

Si régime, prescrit par qui ? .....

Vous arrive-t-il de faire des repas de famille, d'amis, ect... ?  oui  non

Si oui,  1 fois/sem  > 1 fois/sem  1 fois/mois  > 1 fois/mois  
combien ? ..... combien ? .....

Avez-vous faim ? .....  en vous mettant à table  en sortant de table  entre les repas

Estimez-vous être un ...  gros mangeur  moyen mangeur  petit mangeur

Quels aliments préférez-vous ? .....  sucrés  salés

Avez-vous l'habitude de vous resservir à table ? .....  oui  non

Plus particulièrement sur quels types de plats ? .....

Le faites-vous .....  de temps en temps  rarement  à tous les repas

Vous arrive-t-il de ne rien prendre à un repas ? .....  oui  non

Si oui, .....  le petit déjeuner  à midi  le soir  
 1 fois/semaine  1 fois/semaine  1 fois/semaine  
 2 à 4 fois/semaine  2 à 4 fois/semaine  2 à 4 fois/semaine  
 plus  plus  plus

Prenez-vous des collations ou en-cas ?

en matinée  dans l'après-midi  après le travail  en soirée  la nuit

### ACTIVITE PHYSIQUE

Sur votre lieu de travail ou pendant votre occupation principale \*

Marchez-vous ? .....  1 jamais  2 occasionnellement  3 souvent

Etes-vous assis ? .....  1 souvent  2 occasionnellement  3 jamais

Pendant vos loisirs ?

Marchez-vous ? .....  1 jamais  2 occasionnellement  3 souvent

Pratiquez-vous un sport ? .....  1 jamais  2 occasionnellement  3 souvent

Adaptez-vous votre alimentation ? .....

Regardez-vous la télévision ? ...  1 souvent  2 occasionnellement  3 jamais

Pour vous déplacer, vous privilégiez la marche, le vélo, les rollers (autres) ?  
 1 jamais  2 occasionnellement  3 souvent

\* Interprétation :

6 à 9 : très peu actif ; 9 à 12 : peu actif ; 12 à 15 : moyennement actif ; 15 à 18 : très actif

### TABAC

Fumez-vous ? .....  oui  non

Si oui, combien par jour ? ..... depuis quand ? .....

Souhaitez-vous arrêter de fumer ? .....  oui  non

Si non, pourquoi ? .....

### DIVERS

Portez-vous une prothèse dentaire, pour manger ? .....  oui  non

Si oui, est-elle bien supportée ? .....  oui  non

Si non, pourquoi ? .....



**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 RESPONSABILITE**

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 ( $\beta$ +, 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 ? <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 ?		
Avez-vous demandé un avis spécialisé ?		
Jugez-vous nécessaire que le médecin coordonnateur de la surveillance médicale réglementaire de la fédération entre en contact avec ce sportif ? Si oui, merci de le contacter par mail : <a href="mailto:sebastien.robineaux@ffescrime.fr">sebastien.robineaux@ffescrime.fr</a>		

(Cocher la case correspondant à votre réponse)



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

**IDENTITE DU SPORTIF :**

NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

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€	100 €	50€

**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 : ..... \_\_\_\_\_  
 (Une seule fois pour toute votre carrière sportive)

Electrocardiogramme (ECG) de repos : ..... \_\_\_\_\_  
 (Peut être pratiqué lors de l'examen médical)

Examen biologique sanguin (cf ordonnance type) : ..... \_\_\_\_\_

Examen médical : ..... \_\_\_\_\_

**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)

**FEDERATION FRANÇAISE D'ESCRIME**  
**A l'attention du médecin fédéral en charge de la SMR**  
**7 PORTE DE NEUILLY**  
**93160 NOISY LE GRAND**