

Ce dossier vous permettra de réaliser, **avant le 6 mai 2024**, les examens médicaux **obligatoires** suite à votre inscription sur la liste des sportifs Espoirs ou sur la liste des collectifs nationaux.

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

COORDONNÉES 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 RÉSERVÉ À 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. 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 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 :

- 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

Tampon et signature

2. 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 :

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

Tampon et signature

3. 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 :

- 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

Tampon et signature

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 :

Examen* :

Scoliose

Attitude scoliotique

Cyphose

12. BILAN DIÉTÉTIQUE :

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 JOURNÉE 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 QUANTITÉS ET FRÉQUENCE ?

- 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 QUANTITÉS ET FRÉQUENCE ?

- 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 (bombons, 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 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 DONNÉES 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

ACTIVITÉ 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 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				-	-

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 (β +, 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

**-
SYNTHÈSE**

	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 : sebastien.robineaux@ffescrime.fr		

(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	Bilan biologique	Examen médical
Plafond de remboursement fédéral	50€	100€	50€

Je soussigné(e) (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)

Bilan biologique : _____

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)

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