

Ce dossier vous permettra de réaliser, **avant le 9 mai 2025**, les examens médicaux **obligatoires** suite à votre inscription sur la liste des sportifs de haut niveau 2025.

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 :@..... |
| <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H | |
| Arme : <input type="checkbox"/> Fleuret <input type="checkbox"/> Epée <input type="checkbox"/> Sabre | |
| Coté armé : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche | |

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 : | |
| | |
| | |
| | |

NOTE POUR LE MÉDECIN DU SPORT

Cher confrère,

Nous vous remercions de bien avoir voulu prendre en charge notre sportif. Les textes de loi imposent un examen médical de suivi réglementaire.

Nous vous proposons le schéma suivant :

- Une échocardiographie et un test d'effort que vous voudrez bien demander à un cardiologue.
- Un ECG peut être réalisé et interprété par vos soins, sinon veuillez demander cet examen à un cardiologue.
- Quelques examens biologiques sont indispensables, vous trouverez dans ce dossier ceux que nous préconisons.
- Des auto-questionnaires spécifiques (diététique, dépistage des troubles anxieux et dépressif et, si nécessaire, gynécologie) doivent être remplis par le sportif qui vous les communiquera.

Le protocole d'examen médical que nous vous proposons doit bien sûr être adapté en fonction de l'état de santé physique et psychique du sportif.

Au vu de cet examen et des résultats issus des autres documents, vous rédigerez une conclusion pour nous aider à mieux prendre en charge ce sportif.

Ce dossier devra être remis au sportif qui devra nous le transmettre avant le 9 mai 2025.

N'hésitez pas à nous contacter directement si vous décelez un problème important.

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

NOTE POUR LE SPORTIF :

Cher(e) athlète,

Ce dossier vous permettra de réaliser, les examens médicaux **obligatoires** dans le cadre de votre surveillance médicale réglementaire.

Il comporte 4 examens et des questionnaires à remplir avant l'examen médical. Ces auto-questionnaires se trouvent à la fin du document.

Une fois les auto-questionnaires complétés (diététique, dépistage des troubles anxieux et dépressif, sur entraînement, et, si nécessaire, gynécologique), vous prendrez rendez-vous auprès d'un médecin du sport de votre choix. Ce médecin vous prescrira des examens biologiques, une échocardiographie, pratiquera ou fera pratiquer un électrocardiogramme et vous examinera. Si vous êtes mineur, il vous est demandé une autorisation parentale.

Le médecin du sport vous communiquera l'ensemble de votre dossier après avoir consulté les examens biologiques.

Vous devez régler les honoraires correspondant à ces examens, ils ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, mais vous serez remboursés par la FFE suivant le barème de remboursement précisé dans la note de frais dédiée à ce dispositif.

Vous garderez soigneusement l'ensemble du dossier médical et vous en enverrez une copie ainsi que la demande de remboursement au médecin fédéral en charge du SMR.

CONSENTEMENT aux examens médicaux et biologiques pratiqués dans le cadre du suivi médical réglementaire (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 que puissent être réalisés les examens médicaux et biologiques conformément aux textes réglementant la surveillance médicale réglementaire (SMR). 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, sa participation aux compétitions pourra être temporairement suspendue, afin de procéder à des examens médicaux complémentaires destinés à émettre un diagnostic plus précis.

Les données de ces examens 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

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 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

ÉPREUVE D'EFFORT CARDIOLOGIQUE d'intensité maximale

Faire pratiquer par 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 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

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 :

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

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

Nom :

Prénom :

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

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

Nom :

Prénom :

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

Dossier à renvoyer avant le 9 mai 2025

ORDONNANCE DE BIOLOGIE TYPE

- NFS - plaquettes
- CRP
- Glycémie
- Créatininémie
- Ferritinémie
- Calcémie
- Microalbuminurie, Hématurie sur échantillon

EXAMEN MÉDICAL

NOM : Prénom :
 Née le : ___/___/___
 Examen effectué à : Le : ___/___/ 20___
 Par le Dr (médecin du sport)

Signature et cachet :

1. INTERROGATOIRE :

Antécédents familiaux :
 Antécédents personnels :
 Pathologies depuis le dernier examen :
 Blessures lors du dernier examen :
 Allergies connues :
 Traitement des allergies :

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) :
 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.
 Interprétation :

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 :
 Souplesse : Distance main sol :
 Examen :
 Scoliose Attitude scoliotique Cyphose
 Genoux :
 Pieds :
 Anomalie des groupes musculaires (préciser le cas échéant) :

12. EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

BILAN PSYCHOLOGIQUE

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. Épisodes 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

**-
 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 ? | | |

(Cocher la case correspondant à votre réponse)

AUTO-QUESTIONNAIRE

ÉCHELLE HAD *Hospital Anxiety and Depression score*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

| 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) | |
|-------------------------------------|---|
| La plupart du temps | 3 |
| Souvent | 2 |
| De temps en temps | 1 |
| Jamais | 0 |

| 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué | |
|--|---|
| Jamais | 0 |
| Parfois | 1 |
| Assez souvent | 2 |
| Très souvent | 3 |

| 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois | |
|--|---|
| Oui, tout autant | 0 |
| Pas autant | 1 |
| Un peu seulement | 2 |
| Presque plus | 3 |

| 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence | |
|--|---|
| Plus du tout | 3 |
| Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais | 2 |
| Il se peut que je n'y fasse plus autant attention | 1 |
| J'y prête autant d'attention que par le passé | 0 |

| 3. J'ai une sensation de peur comme si quelques choses d'horrible allait m'arriver | |
|--|---|
| Oui, très nettement | 3 |
| Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 |
| Un peu, mais cela ne m'inquiète pas | 1 |
| Pas du tout | 0 |

| 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place | |
|--|---|
| Oui, c'est tout à fait le cas | 3 |
| Un peu | 2 |
| Pas tellement | 1 |
| Pas du tout | 0 |

| 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses | |
|---|---|
| Autant que par le passé | 0 |
| Plus autant qu'avant | 1 |
| Vraiment moins qu'avant | 2 |
| Plus du tout | 3 |

| 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses | |
|---|---|
| Autant qu'avant | 0 |
| Un peu moins qu'avant | 1 |
| Bien moins qu'avant | 2 |
| Presque jamais | 3 |

| 5. Je me fais du souci | |
|------------------------|---|
| Très souvent | 3 |
| Assez souvent | 2 |
| Occasionnellement | 1 |
| Très occasionnellement | 0 |

| 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique | |
|---|---|
| Vraiment très souvent | 3 |
| Assez souvent | 2 |
| Pas très souvent | 1 |
| Jamais | 0 |

| 6. Je suis de bonne humeur | |
|----------------------------|---|
| Jamais | 3 |
| Rarement | 2 |
| Assez souvent | 1 |
| La plupart du temps | 0 |

| 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique | |
|---|---|
| Vraiment très souvent | 3 |
| Assez souvent | 2 |
| Pas très souvent | 1 |
| Jamais | 0 |

| 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) | |
|---|---|
| Oui, quoi qu'il arrive | 0 |
| Oui, en général | 1 |
| Rarement | 2 |
| Jamais | 3 |

| 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision | |
|--|---|
| Souvent | 0 |
| Parfois | 1 |
| Rarement | 2 |
| Très rarement | 3 |

| 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti | |
|--|---|
| Presque toujours | 3 |
| Très souvent | 2 |
| Parfois | 1 |
| Jamais | 0 |

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

AUTO-QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE GYNÉCOLOGIE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

| | | |
|---|-----|-----|
| Mes 1 ^{ères} règles sont venues après l'âge de 16 ans | OUI | NON |
| J'ai déjà eu une absence de règles de plus de 3 mois | OUI | NON |
| J'ai mes règles un mois sur 2 ou sur 3 | OUI | NON |
| J'ai eu une ou plusieurs fractures de fatigue | OUI | NON |
| Les douleurs de règles me gênent parfois à l'entraînement | OUI | NON |
| Les douleurs de règles m'ont fait parfois manquer l'entraînement | OUI | NON |
| J'ai moins d'énergie et plus de fatigue avant les règles | OUI | NON |
| Je souhaiterais changer de pilule ou de contraception | OUI | NON |
| J'oublie souvent ma pilule | OUI | NON |
| A l'entraînement, à la course, au saut, à la toux, j'ai parfois quelques fuites urinaires | OUI | NON |

AUTO-QUESTIONNAIRE

BILAN DIÉTÉTIQUE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

TABAC

Fumez-vous ?

oui

non Si

oui, combien par jour ?

depuis quand ?

Souhaitez-vous arrêter de fumer ?

oui

non

Si non, pourquoi ?

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 ?

REGIME ALIMENTAIRE

Habituellement, suivez-vous un régime alimentaire ? Oui Non

Si oui, lequel ?

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 33cl /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, etc...)
 rien 1 verre/j 2 à 3 verres/j plus, combien ?
- Autres boissons (infusions, thé, café, etc...)
 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, etc...
 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, etc...)
 à chaque repas 1 fois/j 2 à 4 fois/semaine moins, combien ?
- Entrée à base de feuilleté ou tartes ?
 à chaque repas 1 fois/j 2 à 4 fois/semaine moins, combien ?
- Fromages (ex : type 1 camembert = 8 portions)
 2 portions/repas 1 portion/repas 1 portion/jour moins, 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, etc...)
..... jamais 1 fois/semaine 1 à 2 fois par mois 2 à 3 fois/ an
- Fruits crus..... jamais 1 fois/jour à chaque repas
- Fruits cuits..... jamais 1 fois/jour à chaque repas
- Fritures (frites, chips, beignets, etc...)
 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/jour 3 fois/jours 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, etc...) ?
 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

AUTO-QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE DE SURENTRAINEMENT

(Suivant la Société Française de Médecine et de l'Exercice du Sport)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

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

Quelle est votre discipline sportive principale ? Fleuret Epée Sabre

Niveau de pratique : international national régional départemental

Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois :

dans cette dernière semaine dans la discipline principale :

dans cette dernière semaine, autre que dans la discipline principale :

Nombre de jours de compétition dans le mois précédent (en journées de compétition) :

Si vous pratiquez d'autres disciplines, 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 dû arrêter votre entraînement pour maladie ou blessure ? oui non

Prenez-vous un traitement actuellement ? oui non

Si oui, lequel :

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

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

Avez-vous des troubles des règles ? oui non

Mettre une croix pour vous situer entre ces 2 extrêmes :

Mon niveau de performance est :

MAUVAIS <-----> EXCELLENT

Je me fatigue :

PLUS LENTEMENT <-----> PLUS VITE

Je récupère de la fatigue :

PLUS LENTEMENT <-----> PLUS VITE

Je me sens :

TRES DETENDU <-----> TRES ANXIEUX

J'ai la sensation que ma force musculaire a :

AUGMENTE <-----> DIMINUE

J'ai la sensation que mon endurance a :

AUGMENTE <-----> DIMINUE

| | CE DERNIER MOIS : | oui | non |
|----|---|-----|-----|
| 1 | Mon niveau de performance sportive, mon état de forme a diminué | | |
| 2 | Je ne soutiens pas autant mon attention | | |
| 3 | Mes proches trouvent que mon comportement a changé | | |
| 4 | J'ai une sensation de poids sur la poitrine | | |
| 5 | J'ai une sensation de palpitations | | |
| 6 | J'ai une sensation de gorge serrée | | |
| 7 | J'ai moins d'appétit qu'avant | | |
| 8 | Je mange plus (davantage) | | |
| 9 | Je dors moins bien | | |
| 10 | Je somnole et baille dans la journée | | |
| 11 | Les séances me paraissent trop rapprochées | | |
| 12 | Mon désir sexuel a diminué | | |
| 13 | Je fais des contre-performances | | |
| 14 | Je m'enrhume fréquemment | | |
| 15 | J'ai des problèmes de mémoire | | |
| 16 | Je grossis | | |
| 17 | Je me sens souvent fatigué | | |
| 18 | Je me sens en état d'infériorité | | |
| 19 | J'ai des crampes, courbatures, douleurs musculaires fréquentes | | |
| 20 | J'ai plus souvent mal à la tête | | |
| 21 | Je manque d'entrain | | |
| 22 | J'ai parfois des malaises ou des étourdissements | | |
| 23 | Je me confie moins facilement | | |
| 24 | Je suis souvent patraque | | |
| 25 | J'ai plus souvent mal à la gorge | | |
| 26 | Je me sens nerveux, tendu, inquiet | | |
| 27 | Je supporte moins bien mon entraînement | | |
| 28 | Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos | | |
| 29 | Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 30 | Je suis souvent mal fichu | | |
| 31 | Je me fatigue plus facilement | | |
| 32 | J'ai souvent des troubles digestifs | | |
| 33 | J'ai envie de rester au lit | | |
| 34 | J'ai moins confiance en moi | | |
| 35 | Je me blesse facilement | | |
| 36 | J'ai plus de mal à rassembler mes idées | | |
| 37 | J'ai plus de mal à me concentrer dans mes activités sportives | | |
| 38 | Les gestes sportifs sont moins précis, moins habiles | | |
| 39 | J'ai perdu de la force, du punch | | |
| 40 | J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler | | |
| 41 | Je dors plus | | |
| 42 | Je tousse plus souvent | | |
| 43 | Je prends moins de plaisir à mon activité sportive | | |
| 44 | Je prends moins de plaisir à mes loisirs | | |
| 45 | Je m'irrite plus facilement | | |
| 46 | J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle | | |
| 47 | Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre | | |
| 48 | Mes séances sportives me paraissent trop difficiles | | |
| 49 | C'est ma faute si je réussis moins bien | | |
| 50 | J'ai les jambes lourdes | | |
| 51 | J'égare plus facilement les objets (clefs, etc ...) | | |
| 52 | Je suis pessimiste, j'ai des idées noires | | |
| 53 | Je maigris | | |
| 54 | Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité | | |

INTERPRÉTATION :

Réponse oui à plus de 20 items : sujet à risque de surentraînement (notamment en présence de troubles du sommeil et de l'appétit)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

IDENTITE DU SPORTIF :

NOM : Prénom :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Mail :@.....

Portable : _ _ _ _ _

Liste des sportifs de haut niveau : Elite Senior Relève

TARIFS APPLICABLES POUR LE REMBOURSEMENT :

| Nature des examens | Echographie cardiaque | Test d'effort | ECG de repos | Bilan biologique | Examen médical |
|----------------------------------|-----------------------|---------------|--------------|------------------|----------------|
| Plafond de remboursement fédéral | 100€ | 100€ | 25€ | 100 € | 25€ |

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 :

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 de repos : _____
 (Peut être pratiqué lors de l'examen médical)

Examen biologique sanguin : _____

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