

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

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 :@.....
<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 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 :		

NOTE POUR LE MÉDECIN DU SPORT

Cher confrère,

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

Nous vous proposons le schéma suivant :

- *Un ECG peut être réalisé et interprété par vos soins, sinon vous voudrez bien 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 3 examens et des questionnaires à remplir avant l'examen médical.

Une fois les questionnaires remplis (diététique, dépistage des troubles anxieux et dépressif et, si nécessaire, gynécologie), vous prendrez rendez-vous auprès d'un médecin du sport de votre choix.

Ce médecin vous prescrira des examens biologiques, 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 seront 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 règlementant 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

1. ÉLECTROCARDIOGRAMME STANDARDISÉ DE REPOS (peut être réalisé lors de l'examen médical)

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

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

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

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

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, Docteurcertifie :

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

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) :

6. EXAMEN DIGESTIF :

Signes fonctionnels :

Examen :

7. EXAMEN NEUROLOGIQUE :

Signes fonctionnels :

Examen :

8. EXAMEN DENTAIRE:

Date et résultats de la dernière consultation (conseillée tous les ans) :

:

Dents de sagesse En place Avulsées (19-28-38-48)

9. EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE (échelle de Monoyer):

Sans correction: OD Avec correction : OD
OG OG

10. VACCINATIONS :

Présentation du carnet de vaccination : Oui Non

Vaccin	A jour (Oui / Non)	Date dernier rappel
DTPolio / Coqueluche		
BCG		
Hépatite B		
ROR		
HPV		
Autre (préciser)		

11. EXAMENS BIOLOGIQUES :

Le sportif vous a-t-il présenté les résultats de l'analyse biologique sanguine (cf :

Ordonnance type) ? Oui Non

Anomalies constatées : Oui Non

Examens complémentaires demandés : Oui Non

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

13. CONCLUSION :

EXAMEN MEDICAL

SYNTHESE

	OUI	NON
Avez-vous observé une anomalie chez ce sportif ? (si vous répondez non à cet item, il est inutile de répondre aux autres questions)		
Dans quelle catégorie peut-on classer cette anomalie ? (plusieurs réponses possibles)		
▪ 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- SYNTHÈSE

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 : _ _ _ _ _

TARIFS APPLICABLES POUR LE REMBOURSEMENT :

Nature des examens	ECG de repos	Bilan biologique	Examen médical
Plafond de remboursement fédéral	25€	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 (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