COUZEIX RUNNING CLUB

EXAMEN ET CERTIFICAT MEDICAL

NOM : ……Prénom : ……..Sexe : F M Né (e) le :……..
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :
Spécialités athlétiques pratiquées :
Niveau de performance : départemental ☐ régional ☐ interrégional ☐ national ☐

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif <u>AVANT</u> la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient
<u>(Entourer la bonne réponse)</u>

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? oui non
Si oui, précisez :

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? oui non
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :

Avez-vous déjà été opéré ? oui non
Précisions (année et type d'opération)

Etes-vous soigné pour :
le cœur ? oui non
la tension artérielle ? oui non
le diabète ? oui non
le cholestérol ? oui non
Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui non
Si oui lesquels ?

A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti
une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ? oui non des palpitations (sensation de battements anormaux) ? oui non
un malaise ? oui non
Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? oui non
Date du dernier Electrocardiogramme : Résultat ?
Date de la dernière prise de sang : Résultat ?
Nombre de cigarettes par jour :
Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine :
Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? oui non
Si oui lesquels ?
Avez-vous des allergies ? oui non
Si oui, lesquelles ?
Date de la dernière vaccination contre le tétanos :
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? oui non
Si oui précisez :

Je soussigné (e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.
Date : Signature :

<u>CERTIFICAT MEDICAL</u>
(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)
Je soussigné (e) Docteur ……certifie que l'examen clinique ce jour de ……
confirme l'absence de contre-indication à la pratique de **l'ATHLETISME EN COMPETITION.**

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.
Date : Signature et Cachet :