

ANNEXE 1 : SUIVI MEDICAL DU SPORTIF DE HAUT NIVEAU TAEKWONDO

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

DATE :
NOM-PRENOM :
AGE :
CATEGORIE DE POIDS :
CLUB :

INTERROGATOIRE :

Nombres d'heures d'entraînements :
Niveau études ou emploi :

Antécédents familiaux :

Antécédents personnels :

- Médicaux :
- Chirurgicaux :
- Traumatiques :
- Traumatisme crânien, commotion cérébrale :
- Cardio-vasculaire à l'effort :
- Allergies :

Antécédents gynécologiques :

- Date des premières règles :
- Aménorrhée :
- Cycles réguliers :
- Contraception :

Alimentation : (cf questionnaire)

Hydratation (journée, entraînement) :

Tabac :

Alcool :

Bilan psychologique (cf questionnaire)

Questionnaire de surentraînement : /55

Carnet de vaccination : DTP : ROR : HEP B : Autres :

Evénement depuis la dernière visite du suivi médical, période d'arrêt :

Symptomatologie actuelle :

EXAMEN CLINIQUE

Poids : Taille : % Masse Grasse :

Vision : OG : OD : Lunettes/ lentilles : O/N

Appareil locomoteur :

Statique : Frontal :

 Sagittal :

Dynamique : genu valgum dynamique O/N

Examen rachis lombaire :

Gibbosité :
Mobilisation :

Rachis cervical

Compliance tendino-musculaire : DDS :
AP Dt : Gche DTF Dt : Gche
Hyperlaxité : O / N

Examen des membres inférieurs :
Podoscope :
Pieds :
Chevilles :
Genoux :
Hanches :

Examen des membres supérieurs :

Examen neurologique :

Autres (dermato, digestif) :

Examen cardiologique : TA: FC:

Auscultation :

ECG : rythme sinusal O/N
Arythmie O/N
Conduction atriale : onde P O/N
Conduction auriculo-ventriculaire : durée PR :
Repolarisation : durée QT corrigée :
Aspect segment ST :
Observation :

Nb : si anomalies à l'interrogatoire (atcd personnels, atcd familiaux, symptômes cardio-vasculaires à l'effort ou anomalies ECG) un avis auprès d'un cardiologue sera demandé pour réalisation écho cœur +/- test d'effort

CONCLUSION :

- Contre-indication à la pratique du sport de haut niveau : OUI NON
- Contre-indication temporaire à la pratique du sport de haut niveau dans l'attente des examens suivants :
 -
 -
 -

Prévention:

Date de l'examen : Nom médecin

Signature Tampon