

FICHE MEDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITE A LA
SECTION SPORTIVE SCOLAIRE « HANDBALL »

(Fiche élaborée à partir du bulletin officiel n° 18 du 01-05-2003 et de la fiche proposée par la Société Française de Médecine du Sport)

Rappel : Pour suivre une section sportive, un examen médical annuel doit impérativement être réalisé par un médecin du sport pour la rentrée scolaire.

| | |
|---------------------|---|
| Nom : | Discipline pratiquée : |
| Prénom : | Nombres d'heures/semaine : |
| Domicile : | Sur classement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Date de naissance : | Double sur classement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

Historique médical et traumatologique :

Hospitalisation(s) pour maladie :

| Date | Diagnostic | Traitement | Durée de l'arrêt | Séquelles |
|------|------------|------------|------------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |

Hospitalisation(s) pour intervention(s) chirurgicale(s) :

| Date | Localisation | Diagnostic | Traitement | Durée de l'arrêt |
|------|--------------|------------|------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Arrêt(s) sportif(s) pour blessure(s) :

| Date | Localisation | Diagnostic | Traitement | Durée de l'arrêt |
|------|--------------|------------|------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Douleur(s) chronique(s) gênant la pratique :

| Date | Localisation | Diagnostic | Traitement | Durée de l'arrêt |
|------|--------------|------------|------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Coordonnées des chirurgiens, médecins, kinésithérapeutes qui peuvent apporter leur concours à la bonne gestion des soins qui vous sont prodigués :

| NOM | Adresse | Ville / Code postal | Téléphone |
|-----|---------|---------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|-----------------------|---|
| Traitement en cours : | Autre(s) discipline(s) pratiquée(s) : |
| | Carnet de santé présenté : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

PARTIE A FAIRE COMPLETER IMPERATIVEMENT PAR UN MEDECIN DU SPORT

| |
|---|
| Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale : |
| <p>Examen cardio-vasculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'un souffle cardiaque (position couchée et debout) : - Palpation des fémorales : - Signes cliniques de <i>syndrome de Marfan</i> : - Mesure de la pression artérielle aux deux bras (position assise) : - Facteurs de risque : - Signes fonctionnels : - Fréquence cardiaque de repos : - ECG de repos (obligatoire la 1^{ère} année d'inscription) : - Test d'effort si nécessaire : |
| <p>Examen appareil respiratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perméabilité nasale : - Auscultation : Asthme : |

Évaluation de la croissance et de la maturation : Taille Poids IMC

- Examen morpho-statique et anthropométrique :
- Maturation pubertaire (critères de Tanner) :

Plis cutanés avec pourcentage de masse grasse :

Ostéo-articulaire :

✓ **Etat articulaire :**

Laxités : Cheville D G Genou D G Doigts (...) D G Coude D G Epaulle D G

Autres :

Douleurs : Sacro-iliaque D G Vertébrale L D C Genou D G Cheville D G

✓ **Déformations :**

Rachis : Lordose Cyphose Scoliose D G

Bassin : Bascule D G par inégalité : membre inférieur D G plus grand (.....mm)

Par vrillage du bassin : aile iliaque antériorisée D G

Genou : Varum D G Récurvatum D G Valgum D G Flessum D G

Pied : Arrière pied : Valgus / varus D G

Médio pied : Creux / plat / affaissé D G

Orteils : griffe / Hallus D G

✓ **Etat musculaire :**

Douleur : Lombaire D G Dorsale D G Cervicale D G Autre :

Asymétrie: D G Epaulle / Avant bras Quadriceps / Mollet

Abdominaux / Dorsaux Pectoraux / Dorsaux

Par vrillage du bassin : aile iliaque antériorisée D G

Souplesse antérieure (Distance mains – sol en flexion antérieure, jambes tendues) : + / - cm

Examen dentaire

Examen neurologique (latéralité, tonus, ...)

Dépistage des troubles visuels : OD OG Correction Lunettes Lentilles

Dépistage des troubles auditifs : Oreille droite Oreille gauche

Autres (Abdomen, ...) :

Bilan des vaccinations :

Hygiène de vie (Tabac, ...) :

Date de la visite

Cachet et signature du médecin