**DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU SAISON 2024**

**ATTENTION : UNIQUEMENT SPORTIF(VE) PROFIL A & B CF. GUIDE METHODOLOGIQUE 2024**

Ce dossier vous permettra de réaliser, avant le 30 juin 2024 (1ère inscription) ou avant le 30 août 2024 (renouvellement), les examens médicaux **obligatoires** suite à votre inscription sur la liste des sportif(ve)s de haut niveau.

Nous vous recommandons de garder une copie de l’ensemble de votre dossier médical.

**COORDONNEES DU SPORTIF**

NOM : ……………………………………………………… PRENOM : …………………………………………………………..

Liste SHN : ☐ ELITE ☐ SENIOR ☐ RELÈVE

☐ Liste ESPOIR en pôle FFHM ☐ Liste COLLECTIF NATIONAUX en pôle FFHM

Précisez le pôle le cas échéant : ……………………………………………………………………………………………………..

Mobile : …………………………… courriel : …………………………………………@...........................................

**CADRE RESERVE A LA FFHM**

Dossier complet : ☐ oui ☐ non

Réception le : \_\_/\_\_/20\_\_ Saisie PSQS le : \_\_/\_\_/20\_\_

Remarques : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………



|  |
| --- |
| 1. **ECHOGRAPHIE 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 règlementaire 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.  *Cachet et signature*  Je soussigné, Docteur………………………………………………….……..certifie :   * + Avoir pratiqué cet examen le \_\_/\_\_/20\_\_   chez M, Mme ……………………………   * + 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 |
| 1. **EPREUVE D’EFFORT CARDIOLOGIQUE d’intensité maximale**   Faire pratiquer par un médecin du sport ou 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 règlementaire 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.  *Cachet et signature*  Je soussigné, Docteur………………………………………………….……..certifie :   * + Avoir pratiqué cet examen le \_\_/\_\_/20\_\_   chez M, Mme …………………………………   * + 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 |
| 1. **ELECTROCARDIOGRAMME STANDARDISE 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 règlementaire 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.  *Cachet et signature*  Je soussigné, Docteur………………………………………………….……..certifie :   * + Avoir pratiqué cet examen le \_\_/\_\_/20\_\_   chez M, Mme …………………………………..   * + 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 comprenant NFS, Ferritine, Réticulocytes (pour les sportifs âgés de plus de 15 ans), dans le cadre de la surveillance médicale règlementaire 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.

*Cachet et signature*

Je soussigné, Docteur………………………………………………….……..certifie :

Avoir pratiqué cet examen le \_\_/\_\_/20\_\_ chez M, Mme …………………..

* + 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 MEDICAL 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 règlementaire 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 :

*Cachet et signature*

Avoir pratiqué cet examen le \_\_/\_\_/20\_\_ chez M, Mme …………………..

* 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

Aucun règlement ne sera effectué par la Fédération Française Haltérophilie Musculation 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 règlementaire (chaque sportif doit présenter au plateau technique le courrier de la fédération prévu à cet effet)



**EXAMEN MEDICAL**

NOM : ……………………………………………………… Prénom : …………………………………………..

*Cachet et signature*

Née le : …/…/……

Examen effectué à : ………………………………. Le : \_\_/\_\_/20\_\_

Par le Dr : …………………………………………………………………..(Médecin du sport)

1. **INTERROGATOIRE**

Antécédents notables : ……………………………………………………………………………………………………………

Pathologies depuis le dernier examen : …………………………………………………………………………………..

Blessures lors du dernier examen : ………………………………………………………………………………………….

Allergies connues : …………………………………………………………………………………………………………………..

Signes fonctionnels ce jour : ……………………………………………………………………………………………………..

1. **EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE**

Signes fonctionnels\* : ☐Dyspnée d’effort ☐Palpitations ☐Douleurs thoraciques

☐Autre (préciser) : …………………………………………………………………………….

Récupération : …………………………………………………………………………………………………………………………

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 p2 Interprétation : ……………………………………………………………………………………………………………………….

FC : ……………………… Axe : …………………… Rythme : ……….. Conduction : ……………

Repolarisation : ……………………………………………………………………………………………………………………….

1. **EXAMEN RESPIRATOIRE**

Signes fonctionnels : ……………………………………………………………………………………………………………….

Tabac : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Asthme : …………………………………………………………(si oui, fournir les résultats de la dernière EFR) Examen : …………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **EXAMEN MORPHOSTATIQUE ET ANTHROPOMETRIQUE**

Taille : …………… Poids : ………… IMC : ………… Masse grasse : ………… %

Souplesse : …………………… Distance main sol : ………………………………

Examen :

☐Scoliose ☐Attitude scoliotique ☐Cyphose

Genoux : ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Pieds : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Anomalie des groupes musculaires (préciser le cas échéant) : …………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………



1. **EXAMEN DIGESTIF**

Signes fonctionnels : ……………………………………………………………………………………………………………….

Examen : …………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **EXAMEN NEUROLOGIQUE**

Signes fonctionnels : ……………………………………………………………………………………………………………….

Examen : …………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE**

Sans correction : OD ………… Avec correction : OD ………..

OG ………… OG ………..

1. **QUESTIONNAIRE GYNECOLOGIQUE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mes 1ères 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’entrainement | OUI | NON |
| Les douleurs de règles m’ont fait parfois manquer l’entrainement | 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’entrainement, à la course, au saut, à la toux, j’ai parfois quelques fuites urinaires | OUI | NON |

1. **QUESTIONNAIRE SUR LA FATIQUE ET DEPISTAGE DU SURENTRAINEMENT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pendant la semaine : | Pas du tout | | | Normal | | | Beaucoup | | |
| J’ai trouvé l’entrainement plus difficile | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 |
| J’ai plus dormi | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 |
| Mes jambes étaient plus lourdes | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 |
| J’ai attrapé froid ou une infection | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 |
| Ma concentration était plus difficile | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 |
| J’ai travaillé moins efficacement | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 |
| Je me suis senti plus irritable | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 |
| J’ai été plus stressé à la maison, au travail | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 |

La somme du score à chaque réponse donne le score total de fatigue

**Total :** ……………..



1. **VACCINATIONS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vaccin** | **A jour (OUI / NON)** | **Date dernier rappel** |
| DTPolio |  |  |
| BCG |  |  |
| Hépatite B |  |  |
| ROR |  |  |
| Autre (préciser) |  |  |

1. **BILAN DIETETIQUE : (résumé)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **EXAMENS BIOLOGIQUES**

Le sportif vous a-t-il présenté les résultats de la recherche de l’analyse biologique sanguine (comprenant NFS, Ferritine, Réticulocytes) ?

☐OUI ☐NON

Anomalies constatées : ☐OUI ☐NON

Examens complémentaires demandés : ☐OUI ☐NON

1. **CONCLUSION**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………



**BILAN DENTAIRE**

NOM : ……………………………………………………… Prénom : …………………………………………..

*Cachet et signature*

Née le : …/…/……

Examen effectué à : ………………………………. Le : \_\_/\_\_/20\_\_

Par le Dr : …………………………………………………………………..

Soins dentaires à effectuer ☐OUI ☐NON

**SYNTHESE**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**BILAN PSYCHOLOGIQUE**

NOM : …………………………………………………………………. Prénom : ……………………………………………………….

Née le : …/…/……..

*Cachet et signature*

Examen effectué à : …………………………. Le : \_\_/\_\_/20\_\_

**Par :**

NOM : ……………………………………………………………….

Prénom : ……………………………………………………………..

N° Adeli : ………………………………………………………………

☐ Médecin du sport ☐ Psychologue ☐ Psychiatre

☐ Autre (Préciser) : ………………………………………………

**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 …) : …………………………………………………………..

1. **Episodes 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

1. **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 |  |  |  |  |  |  |

1. **Suicide**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Ne sais pas (NSP) |  | Passé | En cours |
| Idée suicidaires |  |  |  |  |  |  |
| Tentatives de suicide |  |  |  |  | - | - |



1. **Troubles psychotiques**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Ne sais pas (NSP) |  | Passé | En cours |
| Idées délirantes / Hallucinations / Autres … |  |  |  |  |  |  |

1. **a) Violences subies**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Ne sais pas (NSP) |  | Passé | En cours |
| Harcèlement et agressions verbales |  |  |  |  |  |  |
| Harcèlement et agressions physiques |  |  |  |  |  |  |
| Harcèlement et agressions sexuelles |  |  |  |  |  |  |

1. **b) Violences portées**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Ne sais pas (NSP) |  | Passé | En cours |
| Auto-agressivité |  |  |  |  |  |  |
| Hétéro-agressivité |  |  |  |  |  |  |

1. **Troubles du comportement alimentaire**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | NSP |  | Passé | En cours |
| Anorexie (Perte de poids, aménorrhée, altération de la représentation corporelle) |  |  |  |  |  |  |
| Boulimie (récurrences, perte de contrôle lors des crises, comportement compensatoire inapproprié) |  |  |  |  |  |  |
| Troubles mineurs du comportement alimentaire |  |  |  |  |  |  |

Poids : ………kg Taille : ………..cm

1. **Trouble du sommeil (depuis au moins 15 jours)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | NSP |  | Passé | En cours |
| Difficultés d’endormissement |  |  |  |  |  |  |
| Réveils nocturnes |  |  |  |  |  |  |
| Somnolences diurnes |  |  |  |  |  |  |

1. **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 (+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



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

**IDENTITE DU SPORTIF**

NOM : ………………………………………………………. Prénom : ……………………………………………………….

**TARIFS APPLICABLES POUR LE REMBOURSEMENT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature des examens | Echographie cardiaque | Epreuve d’effort | ECG de repos | Bilan biologique | Examen médical/dentaire |
| Plafond de remboursement fédéral | 100€ | 100€ | 25€ | 20 € | 25€ |

**Je soussigné (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 :** ………Montant (€)

(Une seule fois pour toute votre carrière sportive)

**Electrocardiogramme de repos :** ………Montant (€)

(Peut être pratiqué lors de l’examen médical) Examen biologique sanguin :

Examen médical :

**Pour un montant total acquitté de :** ………Montant (€)

Fait à : …………………………………… Le \_\_/\_\_/20\_\_

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)

