



BILAN ANNUEL COUREUR FFC - SMR

NOM :

Téléphone portable :

Profession/Etudes :

Prénom :

E-Mail :

Date de naissance :

Discipline : Route, Piste, VTT, BMX

Evolution de la charge d'entraînement annuelle :

Antécédents personnels

Allergies :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents médicaux :

Maladie congénitale :

Pathologie cardiovasculaire :

Pathologie respiratoire :

Pathologie neurologique :

Troubles psychologiques :

Addictions :

Divers :

Traumatologie :

Blessures sportives - Accidents traumatiques - Traumatisme crânien / Commotion cérébrale :

Vaccinations :

Traitements :

AUT :

Antécédents familiaux

Mort subite :

Maladies congénitales - Maladies cardiovasculaires :

Autres :

Pour les féminines :

Cycles (présence, régularité, syndrome prémenstruel...) :

Contraception :

Divers :

SYMPTOMES RECENTS ET ACTUELS

Interruption médicale de pratique au cours de la saison précédente (raison – temps d'arrêt) :

Symptômes de repos et d'effort :

Douleurs thoraciques :

Dyspnée / toux :

Palpitations :

Malaises :

Symptômes appareil locomoteur :

TOUS LES ELEMENTS DECLARATIFS PRECEDENTS RELEVANT DE LA SEULE RESPONSABILITE DU LICENCIE. AINSI, JE DECLARE LES INFORMATIONS DELIVREES SINCERES ET VERITABLES ET J'ENGAGE MA RESPONSABILITE EN CAS D'OMISSION OU D'INFORMATIONS FOURNIES QUI S'AVERERAIENT ERRONEES.

DATE :

SIGNATURE PATIENT +/- TUTEUR LEGAL

EXAMEN CLINIQUE

Biométrie - Nutrition

Taille : cm Poids : kg % masse grasse :

Variation de poids au cours de l'année (mini-maxi) :

Avez-vous été anorexique ? Quelqu'un a-t-il déjà pensé que vous aviez un trouble alimentaire ?

(Oui à une de ces 2 questions impose une recherche de trouble du comportement alimentaire et un suivi)

Enquête nutritionnelle – Régime spécifique, Equilibre alimentaire...

Examen cardiovasculaire :

Auscultation, examen vasculaire :

FC :

PA :

ECG de repos :

Echocardiographie de repos* :

**Pour rappel, uniquement pour les coureurs qui sont soumis pour la première fois à la Surveillance Médicale Réglementaire FFC (exceptions : 1 échographie après 20 ans si première échographie avant 15 ans)*

Examen pulmonaire (avec si possible DEP) :

Appareil locomoteur : Recherche de notamment de gonalgies et rachialgies - Recherche de signes de Marfan

Périnée : Recherche de pathologies liées à la selle (folliculites, bursites, névralgies, lymphoedème vulvaire)

Autres appareils : Examen neurologique, ORL, digestif, urologique, dermato...

Anomalies ou particularités :

Vision, audition :

Suivi dentaire :

Evaluation psychologique :

Conclusion :

Date :

Signature et cachet médecin

CACI

**Certificat Médical d'absence de contre-indication à la pratique du
cyclisme de compétition pour les coureurs relevant de la
Surveillance Médicale Règlementaire
Coureurs listés SHN – Espoirs – Collectifs nationaux**

Je soussigné, Dr

médecin du sport, certifie avoir examiné

M(me) :

né(e) le

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes apparents contre-indiquant la pratique du cyclisme en compétition.

J'ai réalisé ou visualisé :

Le bilan clinique

OUI

NON

L'ECG

OUI

NON

Le bilan nutritionnel

OUI

NON

Le bilan psychologique

OUI

NON

L'échographie cardiaque *

OUI, datée du :

NON

**Une fois dans la carrière pour les amateurs si réalisée après 15 ans, après 20 ans si première échographie faite avant 15 ans*

Je n'ai pas noté de problème particulier

J'ai pu noter une anomalie : Mineure Mineure à explorer sans CI
 Majeure avec CI temporaire ou définitive.

Cardiologique Respiratoire Nutritionnelle Psychologique Traumatique
 Autre

Description et nature du suivi à mettre en place :

Le

Cachet et Signature du médecin