

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

QUESTIONNAIRE MEDICAL

(A remplir par le candidat)

Fédération Française d'Aviron

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Antécédents familiaux :

Mort subite.....	OUI	NON
Diabète	OUI	NON
Obésité	OUI	NON
Maladies cardio-vasculaires	OUI	NON
Hypercholestérolémie.....	OUI	NON
Troubles psychiatriques.....	OUI	NON

Antécédents personnels:

- Exercez-vous normalement votre activité de sportif de haut niveau? OUI NON
Si NON, depuis quelle date ? /_/_/_/_/
Pourquoi ? _____
Durée prévue d'indisponibilité? _____

- Vous savez-vous atteint d'une maladie ? OUI NON
d'une affection congénitale? OUI NON

- Avez-vous subi une (des) intervention(s) chirurgicale(s), hors après accident, dans les 10 dernières années ? OUI NON
Date /_/_/_/_/
Nature de l'intervention _____

- Avez-vous été hospitalisé ? OUI NON
Date /_/_/_/_/
Motif de l'hospitalisation _____

- Avez-vous eu des maladies infectieuses importantes ? OUI NON
Date /_/_/_/_/
Maladie _____

- Suivez-vous actuellement un traitement médical ? OUI NON
Si OUI, lequel ? _____
Pourquoi ? _____

- Prenez-vous habituellement un (des) médicament(s) ?..... OUI NON
 Si OUI, lequel ? _____
 Pourquoi ? _____

- Avez-vous déjà consulté un(e) psychologue et/ou un(e) psychiatre ?..... OUI NON
 Si OUI, lesquels ? _____
 Date /__/_/___/
 Traitement ? _____

- Avez-vous eu des pertes de connaissance ? OUI NON
 Date /__/_/___/
 Circonstances (Spasmophilie, accident...) ? _____
 Traitement ? _____

- Avez-vous eu des maladies neurologiques ? OUI NON
 Si OUI, lesquelles ? _____
 Date /__/_/___/
 Traitement ? _____

- Avez-vous eu des problèmes cardio-vasculaires ?..... OUI NON
 Si OUI, lesquels ? _____
 Date /__/_/___/
 Traitement ? _____

- Facteurs de risque cardio-vasculaires personnels :
 Antécédents familiaux..... OUI NON
 Tabac..... OUI NON
 Hyperlipidémie (cholestérol, triglcérides...)..... OUI NON

- Avez-vous eu des problèmes ostéo-articulaires (entorses, fractures, luxations, lombalgies, problèmes de croissance ...) lors de ces 2 dernières années? OUI NON
 Si OUI, lesquels ? _____
 Date /__/_/___/
 Traitement ? _____

- Problèmes musculo-tendineux lors de ces 2 dernières années?..... OUI NON
 Si OUI, lesquels ? _____
 Date /__/_/___/
 Traitement ? _____

- Avez-vous eu des problèmes pleuro-pulmonaires (Asthme ...)? OUI NON
 Si OUI, lesquels ? _____
 Date /__/_/___/
 Traitement ? _____

- Avez-vous eu des problèmes endocriniens (diabète, thyroïde...) ? OUI NON
Si OUI, lesquels ? _____
Date /__/__/__/
Traitement ? _____

- Avez-vous eu des problèmes dermatologiques (acné, eczéma, urticaire...) ? OUI NON
Si OUI, lesquels ? _____
Depuis quand..... /__/__/__/
Traitement ? _____

- Avez-vous eu des problèmes auditifs ? OUI NON
Si OUI, lesquels ? _____
Date /__/__/__/
Traitement ? _____

- Avez-vous eu des problèmes ophtalmologiques ? OUI NON
Si OUI, lesquels ? _____
Date /__/__/__/
Traitement ? _____

- Quand avez-vous consulté le dentiste pour la dernière fois? /__/__/__/

- Avez-vous eu des problèmes stomatologiques ? OUI NON
Si OUI, lesquels ? _____
Traitement en cours ? _____

- Avez-vous eu des troubles digestifs ? OUI NON
Si OUI, lesquels ? _____
Date /__/__/__/
Traitement ? _____

- Avez-vous eu des troubles génito-urinaires ? OUI NON
Si OUI, lesquels ? _____
Date /__/__/__/
Traitement ? _____

- * Au cours de ces deux dernières années, avez-vous ressenti ou ressentez-vous une gêne ou une douleur récidivante ou chronique dans l'exercice de vos activités sportives ? OUI NON

- * Au cours de ces deux dernières années, avez-vous eu une maladie avec arrêt des entraînements et compétitions pendant plus de 15 jours ? OUI NON

- * Au cours de ces deux dernières années, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents dans le cadre de votre vie privée ou de vos activités sportives de haut niveau ou de loisir ayant nécessité un arrêt de pratique de 2 semaines ou plus ? OUI NON

* Pour chacune de ces trois questions, fournir tous les certificats, pièces, documents, comptes-rendus ... correspondant à chacune des maladies ou accidents. Précisez la date, les investigations, l'hospitalisation, les traitements (intervention chirurgicale, médicaments, kinésithérapie...), la durée d'indisponibilité, les séquelles et handicaps éventuels.

Rappel: Ce dossier médical est soumis au secret médical. Il sera transmis sous pli confidentiel au médecin fédéral ou au médecin du Pôle pour lequel vous postulez et ne pourra être consulté par un autre médecin qu'après votre autorisation. Toutes les rubriques doivent être renseignées. Toute omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité:

- De la reconnaissance de l'aptitude à la pratique de l'aviron en compétition
- De votre éventuelle admission dans un "Pôle".

Certifié sincère et véritable, à _____, le _____.

Signature du rameur

Signature des parents pour les mineurs
(obligatoire)