Rentrée 2024

FICHE MEDICALE EN VUE D’UNE SCOLARITE A LA SECTION SPORTIVE SCOLAIRE « BASKET-BALL »

***(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 :Prénom :Domicile :Date de naissance : | Discipline pratiquée :Nombres d'heures/semaine :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sur classement :  | oui □ | non □ |
| Double sur classement : | oui □ | non □ |

 |

**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 □ non □ |

PARTIE A FAIRE COMPLETER IMPERATIVEMENT PAR UN MEDECIN DU SPORT

|  |
| --- |
| **Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale :** |
| **Examen cardio-vasculaire :*** Recherche d’un souffle cardiaque (position couchée et debout) :
* Palpation des fémorales :
* Signes cliniques de *syndrome de Marfan* :
* Mesure de la pression artérielle aux deux bras (position assise) :
* Facteurs de risque :
* Signes fonctionnels :
* Fréquence cardiaque de repos :
* ECG de repos (obligatoire la 1ère année d’inscription) :
* Test d’effort si nécessaire :

  |
| **Examen appareil respiratoire :*** 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 Epaule □D □GAutres : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Douleurs : Sacro-iliaque □D □G Vertébrale □L □D □C Genou □D □G Cheville □D □* **Déformations :**

Rachis : Lordose □ Cyphose □ Scoliose □D □GBassin : Bascule □D □G par inégalité : membre inférieur □D □G plus grand (………….…………..mm) Par vrillage du bassin : aile iliaque antériorisée □D □GGenou : Varum □D □G Récurvatum □D □G Valgum□D □G Flessum □D □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 Epaule / Avant bras □ Quadriceps / Mollet □ Abdominaux / Dorsaux □ Pectoraux / Dorsaux □ Par vrillage du bassin : aile iliaque antériorisée □D □GSouplesse 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