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 □G  Autres : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Douleurs : Sacro-iliaque □D □G Vertébrale □L □D □C Genou □D □G Cheville □D □   * **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 □  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 □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