

FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE COMPETITION AMATEUR ESPOIR ELITE NATIONALE

DISCIPLINES	Niveau 1 ESPOIR	Niveau 2 ELITE
MUAYTHAI		
KICK-BOXING		
FULL CONTACT BOXE AMERICIANE		
K1 RULES		
PANCRACE		
CHAUSSEFIGHT		
BOXE BOJI		

Ce certificat doit être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine spécialiste de médecine du sport ou agréé par la FFSCDA.

Un ECG de repos et un bilan biologique sont obligatoires. Un examen ophtalmologique fait par un spécialiste est obligatoire **VALABLE 4 ANS**

Recommandations à l'attention des médecins

Cher confrère,

Vous êtes amené à examiner un sportif qui désire pratiquer un sport de contact dans la catégorie compétition amateur sans casque et avec transfert d'énergie c'est-à-dire à un niveau Espoir, Elite et ou international.

Cette activité sportive nécessite un excellent état cardiaque et neurologique. La réalisation d'un bilan biologique et d'un tracé ECG de repos interprété est obligatoire.

A partir de 35 ans un ECG d'effort tous les 4 ans est obligatoire

Une consultation spécialisée en ophtalmologie est obligatoire. Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires, supplémentaires qu'il vous paraîtra utile de demander pour établir ou non ce certificat.

Toutes les contre-indications médicales aux sports s'appliquent.

On peut retenir en particulier les contre-indications médicales suivantes :

- hernie pariétale, éventrations.
- hépatomégalie ou splénomégalie
- antécédents de coma ou de lésions cérébrales
- trouble de l'équilibre
- épilepsie
- un trouble de la coagulation
- ou la prise d'un traitement altérant la coagulation
- sérologie VIH, Ag HBS, Anticorps HCV

Concernant les femmes : contre-indication temporaire pour les femmes enceintes ou qui allaitent.

ANTECEDENTS MEDICAUX

À remplir par le postulant avec l'aide éventuelle du médecin consulté

ANTECEDENTS FAMILIAUX

*

**

Cardiaques	Oui	Non		Oui
Neurologiques	Oui	Non		Oui
Psychiatriques	Oui	Non		Oui
Diabète	Oui	Non		Oui
Cholestérol	Oui	Non		Oui
Triglycérides	Oui	Non		Oui
Allergique	Oui	Non		Oui

ANTECEDENTS PERSONNELS

Asthme	Oui	Non		Oui
Tuberculose	Oui	Non		Oui
Maladies du cœur palpitations douleurs	Oui	Non		Oui
Maladies des reins et des voies urinaires	Oui	Non		Oui
Appareil génital	Oui	Non		Oui
Diabètes	Oui	Non		Oui
Maladies du sang	Oui	Non		Oui
Transfusion	Oui	Non		Oui
Méningite encéphalite	Oui	Non		Oui
Epilepsie	Oui	Non		Oui
Perte de connaissance	Oui	Non		Oui
maux de tête	Oui	Non		Oui
tremblements troubles de l'équilibre, vertiges	Oui	Non		Oui
traumatisme crânien avec ou sans perte de connaissance précisez	Oui	Non		Oui
Antécédents psychiatriques	Oui	Non		Oui
troubles du comportement	Oui	Non		Oui
rhumatisme articulaire aigu	Oui	Non		Oui
maladies vénériennes	Oui	Non		Oui
maladie de la peau	Oui	Non		Oui
réactions allergiques	Oui	Non		Oui
fracture du crâne des vertèbres	Oui	Non		Oui
autres fractures précisez..... précisez :	Oui	Non		Oui
autre maladie ou accident précisez.....	Oui	Non		Oui
intervention chirurgicale précisez.....	Oui	Non		Oui
traitement médicamenteux régulier précisez.....	Oui	Non		Oui

Vaccinations : (date) : BCG :..... Tétanos/polio :.....

.....

**antécédents au moment de la prise de la première licence*

***antécédents déclarés lors de la prise d'autres licences*

**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES
SPORTS DE CONTACT
ET DISCIPLINES ASSOCIEES
AMATEURS SANS CASQUE ET AVEC TRANSFERT D'ENERGIE A L'IMPACT**

EXAMEN CLINIQUE

Taille : Poids : IMC :

- examen morpho-statique : Rachis : MI : MS :

Empreintes podologiques :

- appareil cardio-vasculaire auscultation cardiaque : Tracé ECG de repos

ECG d'effort tous les quatre ans à partir de 35 ans :

TA et FC (Step Test 3min : 40 cm pour l'homme et 33cm pour la femme)

	FC	TA	STT (FC x TA sys)
REPOS			
APRES L'EFFORT			
1' APRES RECUPERATION			
3' APRES RECUPERATION			

- examen pulmonaire :

- examen ostéo-articulaire :

- examen neurologique : marche aveugle sur place (fukuda).....

Romberg sensibilisé Barré : Mingazini.....

Talons genoux.....Doigt nez.....ROT.....RCP.....

- examen stomatologique (denture) : Caries, obturations, dents manquantes, malpositions dentaires,.....

.....

- examen O.R.L. (acuité auditive tympan perméabilité nasale) :

- aires ganglionnaires :

- examen abdominal (sangle abdominale, orifices herniaires, cicatrices, hépatomégalie et/ ou splénomégalie) : ...

.....

- examen génito-urinaire :

- examen dermatologique :

- examen ophtalmologique : acuité visuelle : Mobilité oculaire :

Champ visuel aux doigts : RPM : ROM :

Anomalies des annexes :

Bilan biologique :

Sérologie recommandée chaque année

Glycosurie, protéinurie recommandée chaque année

NFS, TP TCA, créatinémie lors de la première prise de licence puis tous les 4 ans

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE SPECIALISE

Contre indications absolues :

- Chirurgie intra oculaire
- Amblyopie
- Myopie supérieure à deux dioptries

1 Acuité visuelle (notée en toutes lettres et sans surcharges en dixième avec éventuelle formule de correction

	Sans correction	Formule de correction	Avec correction
OD			
OG			

- 2 Champ visuel.....
- 3- Tonus oculaire.....
- 4 Motilité oculaire.....
- 5 Vision binoculaire.....
- 6 Milieux transparents.....
- 7 Fond d'œil (examen aux 3 miroirs).....
- 8 Anomalie d'ordre pathologique.....

Décisions du spécialiste en ophtalmologie :

Je soussigné Dr : Spécialiste en ophtalmologie

Certifie avoir examiné le :.....

M. :.....

et ne pas avoir constaté de signes ophtalmologiques apparents contre indiquant la pratique des sports de contact sans casque et avec transfert d'énergie.

Cachet

lieu date.....

Signature

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACT EN COMPETITION
SANS CASQUE ET AVEC TRANSFERT D'ENERGIE A L'IMPACT**

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné le :
(En lettres capitales) (Date de l'examen)

M.....Né (e) le :

(Mentionner le nom et prénom)

Et ne pas avoir constaté, à cette date, de signes apparents contre indiquant la pratique des sports de contact sans casque et avec transfert d'énergie à l'impact en amateur.

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin