

FICHE DE CONTRÔLE MEDICAL EN VUE D'UNE PRATIQUE SPORTIVE  
INTENSE

NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

DISCIPLINE PRATIQUEE

CLUB (facultatif)

<p>VISION</p> <p>OD OG sans correction</p> <p>OD OG avec corrections : lentilles / lunettes</p>	<p>BANDELETTE URINAIRE OBLIGATOIRE</p> <p>Protéinurie Glycosurie</p> <p>Hématurie Nitrites</p>
<p>MORPHOLOGIE</p> <p>Appareil locomoteur</p> <p>Troubles de la statique</p> <p>Rachis</p> <p>Membres supérieurs</p> <p>Membres inférieurs</p>	<p>TAILLE</p> <p>POIDS</p> <p>IMC= poids / taille <sup>2</sup> =</p> <p>Masse Grasse : 4 plis = %MG =</p> <p>Stade pubertaire =</p> <p>Distance doigts – sol =</p> <p>Distance talon – fesse en procubitus =</p>
<p>APPAREIL CARDIO VASCULAIRE</p> <p>Auscultation Cardiaque</p> <p>Pouls carotidien = Fémoraux =</p> <p>Tension artérielle bras D = bras G =</p> <p>Electro cardiogramme interprété OBLIGATOIRE</p>	<p>SYSTEME NERVEUX</p> <p>Réflexe ostéo-tendineux</p>
<p>APPAREIL RESPIRATOIRE</p> <p>Spirométrie</p> <p>Auscultation pulmonaire</p> <p>Perméabilité nasale</p>	<p>Peak-Flow =</p> <p>Courbe débit volume =</p>

OBSERVATIONS

Date, signature et cachet du médecin.

N.B. : Fiche à remplir par un médecin titulaire du C.E.S. en médecine du sport.