FEDERATION FRANCAISE MOTONAUTIQUE

FICHE DE CONTROLE MEDICO-SPORTIF 2016

(Il est obligatoire de joindre cette fiche à votre demande de licence sportive annuelle ou 72 heures)

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Taille : ..... Poids : ..... Groupe sanguin facteur RH : .....

Adresse : .....

.....

Allergie : .....

Prise de médicaments : ☐ NON ☐ OUI => si OUI, sont-ils dans la liste des produits « dopants » ? ☐ NON ☐ OUI

Certaines maladies hémo-cardio-vasculaires (Hémophilie) le diabète (insulino dépendant) l'épilepsie, l'altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire, la non intégrité de membres, ainsi que la prise de certains médicaments ou produits répertoriés dans la liste des produits « dopants » sont une cause d'incompatibilité éventuelle avec la compétition motonautique et doivent être signalés à la Commission médicale qui statuera sur présentation des ordonnances correspondantes en cas de traitement médical.

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :

Auscultation : ..... TENSION ARTERIELLE : ……/……

A partir de 50 ans E.C.G.obligatoire, puis tous les 3 ans

(à fournir ou le compte rendu)

***TEST DE RUFFIER-DICKSON* (OBLIGATOIRE)**

		CALCUL DE L'INDICE RUFFIER	INDICE		Résultat dans la Case correspondante
POULS	RÉSULTATS	$\frac{Po + P1 + P2 - 200}{10}$	Entre 0 et 5	très bon	
Po *(au repos)*			De 5 à 10	bon	
P1 *(après 30 flexions en 45 seondes)*			De 10 à 15	médiocre	
P2 *(1 minute après l'exercice)*			Au dessus de 15	mauvais	

APPAREIL RESPIRATOIRE :

Etat de la cage thoracique .....Peak Flow : .....

Auscultation : .....

APPAREIL OSTEO-ARTICULAIRE ET MUSCULAIRE

Etat des membres Supérieur Droit : ..... Gauche : .....

Inférieur Droit : ..... Gauche : .....

Appréciation de la musculature corporelle : ..... prothèses éventuelles : .....

SYSTEME NEUROLOGIQUE :

Anomalies éventuelles : Parésie : ..... Paralysie : .....

OPHTALMOLOGIE :

Port de lunettes ou de lentilles ☐ NON ☐ OUI

(si port de lentilles, vous devrez être en possession d'une paire de lunettes en cas de perte d'une ou des deux lentilles pendant la manifestation)

Altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire ☐ NON ☐ OUI

Le Médecin examinateur soussigné constate que le patient *(Nom/Prénom)* .....

☐ Ne présente pas de contre indication pour la pratique du sport motonautique en COMPÉTITION

☐ Présente une contre indication médicale et demande l'avis de la Commission Médicale

Fait à : ..... *le* .....

Signature du médecin ***(obligatoire)***

Cachet du Médecin ***(obligatoire)***

IMPORTANT : Toute omission volontaire ou non est sous l'entière responsabilité du déclarant