

## DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

(A remplir par le candidat)

### Fédération Française d'Aviron

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

#### **Antécédents familiaux :**

Mort subite .....	OUI NON
Diabète.....	OUI NON
Obésité.....	OUI NON
Maladies cardio-vasculaires.....	OUI NON
Hypercholestérolémie .....	OUI NON
Troubles psychiatriques .....	OUI NON

#### **Antécédents personnels:**

- Exercez-vous normalement votre activité de sportif de haut niveau? ..... OUI NON  
Si NON, depuis quelle date ?..... / / / /  
Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
Durée prévue d'indisponibilité? \_\_\_\_\_

- Vous savez-vous atteint d'une maladie ? ..... OUI NON  
d'une affection congénitale? ..... OUI NON

- Avez-vous subi une (des) intervention(s) chirurgicale(s), hors après accident, dans les 10 dernières années ?..... OUI NON  
Date ..... / / / /  
Nature de l'intervention \_\_\_\_\_

- Avez-vous été hospitalisé ? ..... OUI NON  
Date ..... / / / /  
Motif de l'hospitalisation \_\_\_\_\_

- Avez-vous eu des maladies infectieuses importantes ? ..... OUI NON  
Date ..... / / / /  
Maladie \_\_\_\_\_

- Suivez-vous actuellement un traitement médical ?..... OUI NON  
Si OUI, lequel ? \_\_\_\_\_  
Pourquoi ? \_\_\_\_\_

- Prenez-vous habituellement un (des) médicament(s) ?..... OUI NON  
 Si OUI, lequel ? \_\_\_\_\_  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà consulté un(e) psychologue et/ou un(e) psychiatre ?..... OUI NON  
 Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
 Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
 Traitement ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous eu des pertes de connaissance ?..... OUI NON  
 Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
 Circonstances (Spasmophilie, accident...)? \_\_\_\_\_  
 Traitement ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous eu des maladies neurologiques ?..... OUI NON  
 Si OUI, lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
 Traitement ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous eu des problèmes cardio-vasculaires ?..... OUI NON  
 Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
 Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
 Traitement ? \_\_\_\_\_
- Facteurs de risque cardio-vasculaires personnels :
- Antécédents familiaux ..... OUI NON  
 Tabac ..... OUI NON  
 Hyperlipidémie..... OUI NON
- Avez-vous eu des problèmes ostéo-articulaires (entorses, fractures, luxations, lombalgies, problèmes de croissance ...) lors de ces 2 dernières années? ..... OUI NON  
 Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
 Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
 Traitement ? \_\_\_\_\_
- Problèmes musculo-tendineux lors de ces 2 dernières années?..... OUI NON  
 Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
 Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
 Traitement ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous eu des problèmes pleuro-pulmonaires (Asthme ...)?..... OUI NON  
 Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
 Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
 Traitement ? \_\_\_\_\_

- Avez-vous eu des problèmes endocriniens (diabète, thyroïde...) ? ..... OUI NON  
Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
Traitement ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous eu des problèmes dermatologiques (acné, eczéma, urticaire...) ? ..... OUI NON  
Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
Depuis quand ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
Traitement ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous eu des problèmes auditifs ? ..... OUI NON  
Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
Traitement ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous eu des problèmes ophtalmologiques ? ..... OUI NON  
Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
Traitement ? \_\_\_\_\_
- Quand avez-vous consulté le dentiste pour la dernière fois? ..... /\_\_/\_\_/\_\_/
- Avez-vous eu des problèmes stomatologiques ? ..... OUI NON  
Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
Traitement en cours ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous eu des troubles digestifs ? ..... OUI NON  
Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
Traitement ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous eu des troubles génito-urinaires ? ..... OUI NON  
Si OUI, lesquels ? \_\_\_\_\_  
Date ..... /\_\_/\_\_/\_\_/  
Traitement ? \_\_\_\_\_
- \* Au cours de ces deux dernières années, avez-vous ressenti ou ressentez-vous une gêne ou une douleur récidivante ou chronique dans l'exercice de vos activités sportives ? ..... OUI NON
- \* Au cours de ces deux dernières années, avez-vous eu une maladie avec arrêt des entraînements et compétitions pendant plus de 15 jours ? ..... OUI NON
- \* Au cours de ces deux dernières années, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents dans le cadre de votre vie privée ou de vos activités sportives de haut niveau ou de loisir ayant nécessité un arrêt de pratique de \_\_\_\_\_ de 2 semaines ou plus ? ..... OUI NON

\* Pour chacune de ces trois questions, fournir tous les certificats, pièces, documents, comptes-rendus ... correspondant à chacune des maladies ou accidents. Précisez la date, les investigations, l'hospitalisation, les traitements (intervention chirurgicale, médicaments, kinésithérapie...), la durée d'indisponibilité, les séquelles et handicaps éventuels.

**Rappel: Ce dossier médical est soumis au secret médical. Il sera transmis sous pli confidentiel au médecin fédéral ou au médecin du Pôle pour lequel vous postulez et ne pourra être consulté par un autre médecin qu'après votre autorisation.** Toutes les rubriques doivent être renseignées. Toute omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité:

- De la reconnaissance de l'aptitude à la pratique de l'aviron en compétition
- De votre éventuelle admission dans un "Pôle".

Certifié sincère et véritable, à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature du rameur

Signature des parents pour les mineurs  
(obligatoire)