

 <b>FFBS</b> <small>FÉDÉRATION FRANÇAISE NATIONALLE DE FOOTBALL</small>	<i>Formulaire Médical 2019/2</i>	<i>Adoption par :</i> <i>CD des 24-25/11/18</i>
	<b>QUESTIONNAIRE PRÉALABLE A L'EXAMEN MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION APPARENTE A LA PRATIQUE D'UN SPORT</b>	<i>Entrée en Vigueur :</i> <i>Décembre 2018</i>
<i>Tél : 01.44.68.89.30 Fax : 01.44.68.96.00 Email : medical@ffbs.fr</i>		<b>1 Page</b>

**DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL :**  
**Questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le sportif**

Document à conserver par le médecin examinateur.

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Sport pratiqué : .....

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :

Avez-vous déjà été opéré ? ..... 1 non ..... 1 oui  
Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour

traumatisme crânien	Oui Non
perte de connaissance	Oui Non
épilepsie	Oui Non
crise de tétanie ou spasmophilie	Oui Non

Avez-vous des troubles de la vue ? ..... Oui Non  
si oui, portez-vous des corrections : ..... 1 lunettes ..... 1 lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition ..... Oui Non  
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre ..... Oui Non

**Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :**  
Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans ..... Oui Non  
Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) ..... Oui Non

**Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :**

Malaise ou perte de connaissance	Oui Non
Douleur thoracique	Oui Non
Palpitations (coeur irrégulier)	Oui Non
Fatigue ou essoufflement inhabituel	Oui Non

**Avez-vous**

Une maladie cardiaque	Oui Non
Une maladie des vaisseaux	Oui Non
Été opéré du coeur ou des vaisseaux	Oui Non
Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu	Oui Non
Une hypertension artérielle	Oui Non
Un diabète	Oui Non
un cholestérol élevé	Oui Non
Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres)	Oui Non
Une infection sérieuse dans le mois précédent	Oui Non

**Avez-vous déjà eu :**

- un électrocardiogramme ..... 1 non ..... 1 oui
- un échocardiogramme ..... 1 non ..... 1 oui
- une épreuve d'effort maximale ..... 1 non ..... 1 oui

**Avez-vous déjà eu ?**

- des troubles de la coagulation ..... 1 non ..... 1 oui

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? ..... (le joindre si possible)  
Fumez-vous ? ..... 1 non ..... 1 oui,  
si oui, combien par jour ? ..... Depuis combien de temps ? .....

Avez-vous - des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) ..... 1 non ..... 1 oui  
- des allergies cutanées ..... 1 non ..... 1 oui  
- des allergies à des médicaments ..... 1 non ..... 1 oui  
si oui, lesquels .....

Prenez-vous des traitements  
- pour l'allergie ? (si oui, lesquels) ..... 1 non ..... 1 oui  
- pour l'asthme ? (si oui, lesquels).....1 non ..... 1 oui

Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites..... 1 non ..... 1 oui

Vos dents sont-elles en bon état ? (si possible, joindre votre dernier bilan dentaire . 1 non ..... 1 oui

Avez-vous déjà eu ?  
- des problèmes vertébraux : ..... 1 non ..... 1 oui  
- une anomalie radiologique : ..... 1 non ..... 1 oui

Avez-vous déjà eu : ( précisez le lieu et quand )  
une luxation articulaire ..... 1 non ..... 1 oui  
- une ou des fractures..... 1 non ..... 1 oui  
- une rupture tendineuse ..... 1 non ..... 1 oui  
- des tendinites chroniques ..... 1 non ..... 1 oui  
- des lésions musculaires ..... 1 non ..... 1 oui  
- des entorses graves..... 1 non ..... 1 oui

Prenez-vous des médicaments actuellement, ..... 1 non ..... 1 oui

Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement ..... 1 non ..... 1 oui

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus .....

Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos polio 1 non oui Hépatite 1 non oui Autres,  
précisez : .....

Avez-vous eu une sérologie HIV : ..... 1 non ..... 1 oui

#### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.

À quel âge avez-vous été réglée ? .....  
Avez-vous un cycle régulier ? ..... 1 non ..... 1 oui  
Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? ..... 1 non ..... 1 oui  
Combien de grossesses avez-vous eu ?.....  
Prenez-vous un traitement hormonal ? ..... 1 non ..... 1 oui  
Prenez-vous une contraception orale ? ..... 1 non ..... 1 oui  
Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?..... 1 non ..... 1 oui  
Suivez-vous un régime alimentaire ?..... 1 non ..... 1 oui  
Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ? ..... 1 non ..... 1 oui  
Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ?..... 1 non ..... 1 oui  
Avez-vous une affection endocrinienne ?..... 1 non ..... 1 oui  
Si oui, laquelle ? .....  
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ? .....

#### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES MINEURS

Je soussigné  
(Parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Nom : ----- Date -----

Signature