



**Docteur BINOT Marie-Christine**

Médecin Fédéral

41 rue de Fécamp – 75012 PARIS

[marie-christine.binot@ffbs.fr](mailto:marie-christine.binot@ffbs.fr)

**Docteur DEPIESSE Frédéric**

Médecin Fédéral en charge de la SMR

41 rue de Fécamp – 75012 PARIS

[frederic.depiesse@ffbs.fr](mailto:frederic.depiesse@ffbs.fr)

Cher.e athlète,

Vous êtes inscrit.e sur la liste ministérielle des sportifs nécessitant un suivi médical réglementaire OBLIGATOIRE.

Ces informations sont recueillies à titre confidentiel, uniquement à destination de la Cellule Médicale Fédérale. Ils sont tenus au strict respect du secret médical.

**REALISATION DES EXAMENS : Entre le 20 mars et le 20 mai 2021.**

**PROCEDURE A SUIVRE :**

1<sup>ère</sup> étape : Remplir les 3 questionnaires (Diététique, Psychologique, Surentraînement).

2<sup>ème</sup> étape : Effectuer la visite médicale et l'électrocardiogramme chez un médecin du sport de votre choix.

ATTENTION : apporter les réponses aux 3 questionnaires remplis ainsi que votre carnet de santé/vaccinations.

*Pour celles et ceux qui doivent faire leur suivi dans leur structure (CRJS, CREPS, ...), merci de donner ce dossier au service médical.*

**LISTE DES DOCUMENTS A TRANSMETTRE AU PLUS TARD LE 20 mai 2021 :**

1. Dossier médical complet
2. Factures pour les remboursements.

Vos résultats seront à déposer **uniquement sur la plateforme Askamon** à l'adresse [https://pda.askamon.com/WG\\_Accueil](https://pda.askamon.com/WG_Accueil) (sous format .jpg ou .pdf ; les photographies sont acceptées).

**Veuillez garder une copie de votre dossier médical !**

**TARIFS APPLICABLES POUR LE REMBOURSEMENT : \***

*\*Le différentiel de toute facture supérieure aux plafonds de remboursement mentionnés ci-dessous ne sera pas réglé par la Fédération.*

<b>Examens médicaux</b>	<b>Visite médicale avec électrocardiogramme de repos</b>	<b>Seconde visite pour les mineurs</b>
<b>Plafonds de remboursement</b>	<b>70 €</b>	<b>50 €</b>



**Docteur BINOT Marie-Christine**

Médecin Fédéral

41 rue de Fécamp – 75012 PARIS

[marie-christine.binot@ffbs.fr](mailto:marie-christine.binot@ffbs.fr)

**Docteur DEPIESSE Frédéric**

Médecin Fédéral en charge de la SMR

41 rue de Fécamp – 75012 PARIS

[frederic.depiesse@ffbs.fr](mailto:frederic.depiesse@ffbs.fr)

## PRESCRIPTION MEDICALE SAISON 2020-2021

Vous avez l'obligation réglementaire de réaliser les examens suivants :

**1. Un examen médical entre le 20 mars et le 20 mai 2021 comprenant :**

- Un électrocardiogramme de repos avec compte-rendu
- Un examen clinique
- L'analyse des 3 questionnaires pré-remplis par l'athlète :
  - o Diététique
  - o Psychologique
  - o Surentraînement

L'examen devra être effectué par un médecin diplômé en Médecine du sport, à qui vous donnerez la lettre de recommandation (page suivante).

**2. Un second bilan pour les athlètes mineurs entre le 20 mai et le 1<sup>er</sup> juillet.**

**Important :**

**Il est rappelé que la non-réalisation de votre suivi médical réglementaire (SMR) peut conduire :**

- A une sanction administrative ou disciplinaire fédérale.
- A une contre-indication à la pratique du Baseball, Softball et Baseball5.
- A une non-sélection en Équipe de France,
- A un retrait de votre inscription sur les listes ministérielles.

## Lettre adressée au médecin effectuant le suivi médical du sportif

Chère Consœur, Cher confrère,

Nous attirons votre attention sur certaines problématiques de santé fréquemment rencontrées chez les athlètes :

- Anémie ferriprive chez les sportives souffrant de ménorragies, ou de carences alimentaires. Les carences en fer concernent aussi souvent les athlètes quel que soit leur sexe et leur discipline.
- Lésions musculaires banalisées et sous estimées en particulier des ischio-jambiers. Une évaluation clinique de la force des ischio-jambiers notamment excentrique (test des nordic hamstring par exemple) peut être réalisée en consultation.
- Fuites urinaires pour les athlètes féminines, quelques soient les spécialités.
- Fractures de fatigue, notamment du pied, par hyper sollicitation et en cas de carences alimentaires.
- Carences en vitamine D.
- Vaccinations non à jour.
- Alimentation déséquilibrée des athlètes type junkfood riche en sucres rapides et acides gras saturés.
- Carences alimentaires (troubles du comportement alimentaire, régime végétarien).
- Hydratation insuffisante.
- Troubles du sommeil avec une exposition aux écrans trop importante.
- Consommation de compléments alimentaires, automédication et conduites dopantes.

Confraternellement,

Docteur BINOT Marie-Christine

Docteur DEPIESSE Frédéric  
Médecin Fédéral en charge de la SMR  
41 rue de Fécamp – 75012 PARIS  
[frederic.depiesse@ffbs.fr](mailto:frederic.depiesse@ffbs.fr)

**Date de la consultation** : ...../ ...../202

SUIVI MEDICAL 2020/2021 : VISITE MEDICALE N°1

N°2  (mineurs)

Nom : \_\_\_\_\_ Nom et lieu d'exercice du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**COVID-19 :**

As-tu été malade / présenté les symptômes de la COVID-19 (toux, fièvre, difficulté respiratoire, mal de gorge, perte du goût ou odorat, fatigue, diarrhée)?  Non  Oui  
As-tu été testé positif ?  Non  Oui Si oui, date : \_\_\_\_\_  
As-tu consulté un médecin ?  Non  Oui

 **A remplir par l'athlète**

**NIVEAU SPORTIF ET MODE DE VIE :**

Résultats sportifs : \_\_\_\_\_  
Nb heures entraînement/semaine : \_\_\_\_\_  
Scolarité /Activité professionnelle : \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS :**

Antécédents familiaux : \_\_\_\_\_  
Antécédents familiaux cardio-vasculaires : \_\_\_\_\_  
IDM : \_\_\_\_\_ AVC : \_\_\_\_\_ Mort subite \_\_\_\_\_  
Cardiopathie : Antécédents médicaux : \_\_\_\_\_  
Antécédents chirurgicaux : \_\_\_\_\_  
Allergies : \_\_\_\_\_  
Dernier rappel DTP : \_\_\_\_\_  
Infections sexuellement transmissibles : \_\_\_\_\_

**SUIVI GYNECOLOGIQUE :**

Règles abondantes : \_\_\_\_\_ Douloureuses : \_\_\_\_\_ Cycles irréguliers : \_\_\_\_\_  
Aménorrhée primaire : \_\_\_\_\_ secondaire : \_\_\_\_\_  
Contraception / Pille du lendemain : \_\_\_\_\_ Grossesse / IVG \_\_\_\_\_  
Incontinence Urinaire d'effort : \_\_\_\_\_  
Frottis vaginal : \_\_\_\_\_

**PATHOLOGIES AU COURS DE LA SAISON PRECEDENTE :**

Blessure : \_\_\_\_\_ Maladie \_\_\_\_\_  
Période d'arrêt : \_\_\_\_\_  
Traitement : \_\_\_\_\_  
Demande d'AUT : \_\_\_\_\_

### BIOMETRIE :

Taille : Poids : IMC :  
Plis cutanés : Biceps : Triceps : Sous-scapulaire : Sus-iliaque :  
Somme des plis : %MG :

### EXAMEN CLINIQUE :

Examen cardiaque : TA : FC : Pouls :  
Palpitations : Dyspnée : Douleur thoracique : Malaise :  
Examen pulmonaire :  
Examen digestif :  
Correction visuelle : oui/non Si oui Lentilles ?/ Lunettes ?  
Examen ORL :  
Examen dentaire :

### APPAREIL LOCOMOTEUR :

Évaluation musculaire : Ischio jambiers : Quadriceps :  
Examen du rachis : Douleurs : DMS :  
Scoliose : Lordose : Cyphose :  
Examen des membres sup : Épaules : Coudes :  
Poignets : Mains :  
Examen des membres inf : Genoux : Chevilles :  
Hanches : Pieds :  
Semelles orthopédiques ? oui/non Si oui, pour quelle indication ?

### PRECONISATIONS NUTRITIONNELLES / PSYCHOLOGIQUE / SUR-ENTRAINEMENT :

(A partir de l'étude des questionnaires)

### INTERPRETATION DE L'ECG DE REPOS :

### INTERPRETATION DE LA PRISE DE SANG :

### CONCLUSIONS :

Avez-vous préconisé des examens complémentaires et/ou traitements ?  Oui  Non  
Si oui, lesquels ?  
Avez-vous prescrit de la Vitamine D ?  Oui  Non

- Absence de Contre-Indication à la pratique Haut Niveau  
 Contre-Indication temporaire  Contre-Indication définitive

**Identification et  
Signature du médecin:**

SUIVI MEDICAL 2020/2021  
ENQUETE DIETETIQUE D'APPROCHE  
Questionnaire complété à présenter lors de la visite médicale

*L'alimentation et l'hydratation sont des critères essentiels de performance et de prévention des blessures.*

*Alimentation + Hydratation = Energie*

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Taille :

Poids actuel :

Poids de forme optimal :

**HABITUDES ALIMENTAIRES**

**Type d'alimentation :**

- variée  plutôt riche en féculents  plutôt riche en graisses  
 plutôt riche en protéines  végétarien  végétalien

**Appétit :**  bon  moyen  irrégulier  mauvais

**Objectifs :**  entretien  augmentation de la masse musculaire

prise de poids  amaigrissement

**Aversions et/ou allergies alimentaires ?**  Oui.  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

**Pathologies liées à l'alimentation ?**  Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Changement d'alimentation en fonction des objectifs sportifs ?  Oui  Non

J'ai la sensation d'avoir perdu le contrôle de mon poids  Oui  Non

Mon poids fluctue de plus de 6 kg dans la saison  Oui  Non

Je me trouve trop gros(se)  Oui  Non

La nourriture me préoccupe en permanence  Oui  Non

Régime antérieur ?  Oui  Non

Régime en cours ?  Oui  Non

**LES REPAS : A QUELLE FREQUENCE PRENEZ-VOUS LES REPAS SUIVANTS ?**

Petit-déjeuner  Jamais  Tous les jours  Autre :

Déjeuner  Jamais  Tous les jours  Autre :

Dîner  Jamais  Tous les jours  Autre :

Collation  Jamais  Tous les jours  Autre :  
 Matin  AM  Soir

Détail des collations : \_\_\_\_\_

Grignotage  Oui  Non

**HYDRATATION (COMBIEN BUVEZ-VOUS PAR JOUR)**

Eau plate, gazeuse, infusions  1/2 l  1 l.  + de 2 l.

Boissons sucrées (sirop, sodas, jus de fruits)  1 verre  1 à 2 verres  + de 2 verres

Boissons alcoolisées  1 verre  1 à 2 verres  + de 2 verres

Thé/Café (préciser)  <1 Tasse  1 à 3 Tasses  >3 Tasses

Vous buvez :  Pendant les repas  Entre les repas  Pendant l'entraînement

### **COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ-VOUS ?**

Lait/yaourts/fromage blanc/petits suisses \_\_\_\_\_

Fromages secs \_\_\_\_\_

Crème dessert, flan \_\_\_\_\_

Viandes/poissons/oeufs/jambon \_\_\_\_\_

Féculents autres que le pain : pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs \_\_\_\_\_

Pain/biscottes/céréales \_\_\_\_\_

Fruits \_\_\_\_\_

Légumes crus ou cuits \_\_\_\_\_

Avez-vous l'habitude de cuisiner "léger" (peu d'huile, de beurre, de crème)  Oui  Non

### **COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE MANGEZ-VOUS ?**

Sucreries (bonbons, glaces, barres chocolatées, biscuits...)  <=1  2 à 4  >4

Viennoiseries, pâtisseries  <=1  2 à 4  >4

Restauration rapide (sandwich, pizza, fast-food, quiches...)  <=1  2 à 4  >4

Charcuteries (saucisson, pâté...)  <=1  2 à 4  >4

Fritures, plats en sauce...  <=1.  2 à 4  >4

### **PRENEZ-VOUS DES VITAMINES ET/OU ADDITIFS ?**

Vitamine C  Oui  Non

Poly vitamines : Prescription médicale : oui/non.  Oui  Non Internet : oui/non

Compléments alimentaires ?  Oui  Non Prescription médicale : oui/non Internet : oui/non

### **PENDANT LE SPORT**

#### **Boissons :**

Eau  Oui  Non

Boissons sucrées  Oui  Non

Boissons énergétiques  Oui  Non

#### **AVIS DE L'EXAMINATEUR :**

Nécessite un avis diététique ?  Oui  Non

Présente un trouble du comportement alimentaire ?  Oui  Non

Nécessite un avis psychologique ?  Oui  Non

Alimentation compatible avec le sport de Haut Niveau ?  Oui  Non

Commentaires :

**Identification et signature du praticien :**

**SUIVI MEDICAL 2020/2021**  
**QUESTIONNAIRE DE DETECTION DE TROUBLES**  
**PSYCHOLOGIQUES**

A présenter lors de la visite médicale

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

1. DIFFICULTES DE SOMMEIL ET ADDICTION AUX ECRANS (Endormissement, réveil précoce, réveils nocturnes, somnolence, écrans après 23h) :	oui	non	
2. TROUBLES DE L'ALIMENTATION (perte ou augmentation de l'appétit, excès boulimiques, anorexie)	oui	non	
3. DIFFICULTES DE MEMOIRE, DE CONCENTRATION, DE L'ATTENTION	oui	non	
4. PRESENCE DE PEURS OU D'ANGOISSES SUFFISAMMENT IMPORTANTES POUR MODIFIER LE COMPORTEMENT :	oui	non	
5. TROUBLES DE L'HUMEUR (tristesse, euphorie) :	oui	non	
6. TROUBLES DES EMOTIONS (froideur affective, indifférence, hyperémotivité)	oui	non	
7. EXISTENCE OU APPARITION D'UN COMPORTEMENT GÉNANT (agitation, irritabilité, impulsivité, TOC,...) :	oui	non	
8. PRESENCE DE TROUBLES DE LA PERCEPTION (hallucinations) ET D'IDEES DELIRANTES :	oui	non	
9. DIFFICULTES SOCIALES ET HARCELEMENT (famille, couple, groupe, rapport à l'entraîneur, scolarité, vie professionnelle) :	oui	non	
10. TROUBLES DES DIFFERENTES FORMES D'EXPRESSION (communication orale, écrite, gestuelle) :	oui	non	
11. PRISE DECLAREE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :			
Conduites dopantes	jamais	occasionnelle	régulière
Alcool	jamais	occasionnelle	régulière
Tabac	jamais	occasionnelle	régulière
Cannabis et dérivés	jamais	occasionnelle	régulière
Amphétamines et dérivés	jamais	occasionnelle	régulière
Cocaïne et dérivés, drogues	jamais	occasionnelle	régulière
12. SUIVI SUR LE PLAN EDUCATIF PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE:	oui	non	
13. PRISE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES :	oui	non	
14. ANTECEDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES :	oui	non	
15- SOUHAITEZ-VOUS RENCONTRER UN(E) PSYCHOLOGUE DU SPORT ?	oui	non	

**EXAMEN :**

Signal d'appel  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

**EVALUATION PSYCHOLOGIQUE :**

Le sportif présente une ou plusieurs difficultés psychologiques ?  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

**Identification et signature du praticien :**



Docteur DEPIESSE Frédéric  
 Médecin Fédéral en charge de la SMR  
 41 rue de Fécamp – 75012 PARIS  
[frederic.depiesset@ffbs.fr](mailto:frederic.depiesset@ffbs.fr)

**Date de la consultation** : ...../ ...../202

**SUIVI MEDICAL 2020/2021**  
**QUESTIONNAIRE DE SURENTRAINEMENT DE LA SFMS**  
**ADAPTÉ A LA FFBS**  
 A présenter lors de la visite médicale

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

Avez-vous été victime de harcèlement ?  Oui  Non

Y-a-t-il eu au cours du mois un évènement important ayant perturbé votre vie personnelle ou familiale ?  Oui  Non

<i><b>QUESTIONNAIRE SURENTRAINEMENT</b></i>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Ce dernier mois mon niveau de performance sportive ou mon état de forme a diminué		
Je fais des contre-performances		
Je me sens en état d'infériorité		
Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles		
J'ai des crampes, courbatures, douleurs musculaires fréquentes		
Je prends moins de plaisir à mon activité sportive		
Les séances me paraissent trop rapprochées		
Je supporte moins bien mon entraînement, les séances sont difficiles		
Je me fatigue plus facilement, J'ai parfois des malaises ou des étourdissements		
Je me blesse facilement		
Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos		
J'ai moins confiance en moi, Je m'irrite plus facilement		
J'ai les jambes lourdes		
J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive		
Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité		
J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle		
Je dors moins bien OU plus qu'avant		
Je somnole et baille dans la journée		
Mon désir sexuel a diminué OU J'ai des troubles des règles		
J'ai une sensation de palpitations		
J'ai moins d'appétit qu'avant OU Je mange davantage		
J'ai une sensation de gorge serrée		
Je maigris OU Je grossis		
J'ai souvent des troubles digestifs		
Je suis pessimiste, j'ai des idées noires		
Je prends moins de plaisir à mes loisirs		
Je me sens nerveux, tendu, inquiet		
J'ai plus souvent mal à la gorge		
Je m'enrhume fréquemment		
Je me sens souvent fatigué		

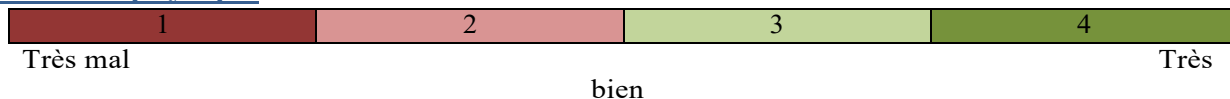
Nombre de **oui** : .....

Nombre de **non** : .....

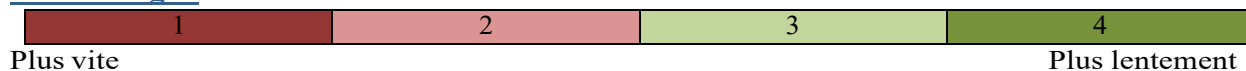
(Si plus de 12 à 15 oui, argument en faveur d'un état de surentraînement)

**ETAT PHYSIQUE :**

**Mon état physique**



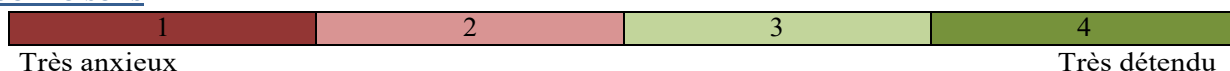
**Je me fatigue**



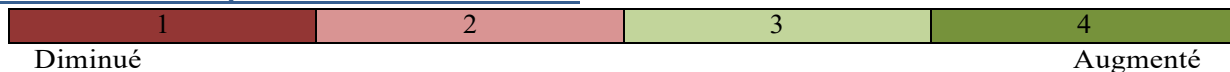
**Je récupère de mon état de fatigue**



**Je me sens**



**J'ai la sensation que ma force musculaire a**



**J'ai la sensation que mon endurance a**



**AVIS DE L'EXAMINATEUR :**

Présente un état de  
Commentaires :

Oui

Non

**Identification et signature du praticien :**