

Cher(e) athlète,

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

**PRESCRIPTION MEDICALE SAISON 2024**

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

**1. Un examen médical entre le 1 janvier et le 31 mars comprenant :**

- Un **électrocardiogramme de repos** avec compte-rendu à réaliser par le médecin qui réalise le bilan complet
- 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 1 avril et le 30 juin.**

- 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).

**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.
- A un blocage de votre licence sur I-Licence pour la saison sportive

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 BINOT Marie-Christine**

**Médecin Fédéral**

41 rue de Fécamp – 75012 PARIS

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

Date de la consultation : ..... / ..... / 2024

SUIVI MEDICAL 2024 :

- Visite Médicale N°1

- Visite Médicale N°2 (mineurs)

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

**Tableau à remplir par l'athlète ↓**

**COVID-19 :**

As-tu été malade / présenté les symptômes de la COVID-19 (toux, fièvre, difficulté respiratoire, mal de gorge, perte du goût ou de l'odorat, fatigue, diarrhée) ?

NON OUI

As-tu été testé positif ?

Date :

As-tu consulté un médecin ?

**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 :

Avez-vous vécu une situation de harcèlement :

Oui/Non :

**SUIVI GYNECOLOGIQUE**

Règles abondantes :

Douloureuses :

Cycles irréguliers :

Aménorrhée primaire :

Secondaire :

Contraception / Pilule 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-ENTRAÎNEMENT**

(à partir de l'étude des questionnaires)

**INTERPRETATION DE L'ECG DE REPOS**

Avez-vous vécu une situation de harcèlement ? Oui / Non :

**CONCLUSIONS**

Avez-vous préconisé des examens complémentaires et /ou traitements

Si oui, lesquels ?

Avez-vous prescrit de la Vitamine D ?

- Absence de contre-indication à la pratique Haut-Niveau  
 Contre-indication temporaire  Contre-indication définitive

NON

OUI



Identification, cachet et signature du médecin :

**SUIVI MEDICAL 2024**  
**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 | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Déjeuner       | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Dîner          | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Collation      | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> Autre : |
|                | <input type="checkbox"/> Matin  | <input type="checkbox"/> AM             | <input type="checkbox"/> Soir    |

Détail des collations : \_\_\_\_\_

Grignotage                      Oui                      Non

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

- Eau plate, gazeuse, infusions                      1/2 l                      1.                      + de 2 l.  
Boissons sucrées (sirop, sodas, jus de fruits)                      1 verre                      à 2 verres                      + de 2 verres  
Boissons alcoolisées                      1 verre                      à 2 verres                      + de 2 verres  
Thé/Café (préciser)                      <1 Tasse                      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/œufs/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...)	<input type="checkbox"/> <=1	<input type="checkbox"/> 2 à 4	<input type="checkbox"/> >4
Viennoiseries, pâtisseries	<input type="checkbox"/> <=1	<input type="checkbox"/> 2 à 4	<input type="checkbox"/> >4
Restauration rapide (sandwich, pizza, fast-food, quiches...)	<input type="checkbox"/> <=1	<input type="checkbox"/> 2 à 4	<input type="checkbox"/> >4
Charcuteries (saucisson, pâté...)	<input type="checkbox"/> <=1	<input type="checkbox"/> 2 à 4	<input type="checkbox"/> >4
Fritures, plats en sauce...	<input type="checkbox"/> <=1	<input type="checkbox"/> 2 à 4	<input type="checkbox"/> >4

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

Vitamine C  Oui  Non  
Poly vitamines : Prescription médicale : oui/non. Internet : oui/non  
Compléments alimentaires ?  Oui  Non  
Prescription médicale : oui/non Internet : oui/non

### **PENDANT LE SPORT**

#### **Boissons :**

Eau	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Boissons sucrées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Boissons énergétiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

Nécessite un avis diététique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présente un trouble du comportement alimentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nécessite un avis psychologique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alimentation compatible avec le sport de Haut Niveau ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Commentaires ?		

**Identification et signature du praticien :**

Docteur BINOT Marie-Christine

Médecin Fédéral

41 rue de Fécamp – 75012 PARIS

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

Date de la consultation : ...../...../2024

SUIVI MEDICAL 2024  
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 GÊNANT (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 BINOT Marie-Christine

Médecin Fédéral

41 rue de Fécamp – 75012 PARIS

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

**Date de la consultation** : ...../...../2024

**SUIVI MEDICAL 2024**  
**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** : .....

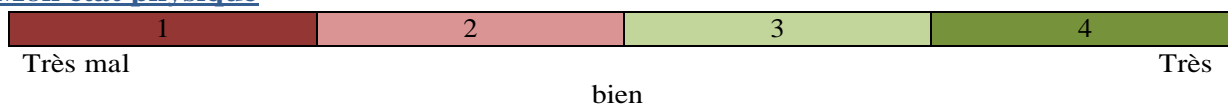


Nombre de **non** : .....

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

**ETAT PHYSIQUE :**

**Mon état physique**



**Je me fatigue**



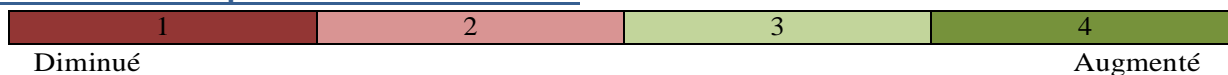
**Je récupère de mon état de fatigue**



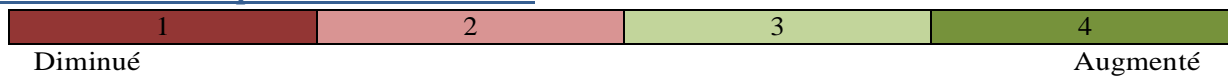
**Je me sens**



**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 :**