



Docteur BINOT Marie-Christine

Médecin Fédéral

41 rue de Fécamp – 75012 PARIS

marie-christine.binot@ffbs.fr

Cher(e) athlète,

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

PRESCRIPTION MEDICALE

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 :
 - Diététique
 - Psychologique
 - 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 :
 - Diététique
 - Psychologique
 - 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

Docteur BINOT Marie-Christine

Médecin Fédéral

41 rue de Fécamp – 75012 PARIS

marie-christine.binot@ffbs.fr

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

Date de la consultation : / /

SUIVI MEDICAL

- Visite Médicale N°1

- Visite Médicale N°2 (mineurs)

NOM :	Nom et lieu d'exercice du médecin traitant :
Prénom :	
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) ?

As-tu été testé positif ?

As-tu consulté un médecin ?

NON	OUI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :

Dououreuses :

Cycles irréguliers :

Aménorrhée primaire :

Secondaire :

Grossesse / IVG :

Contraception / Pilule du lendemain :

Incontinence urinaire d'effort :

Frottis vaginal :

PATHOLOGIES AU COURS DE LA SAISON PRECEDENTE

Blessure :

Maladie :

Période d'arrêt :

Traitemen t:

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 : Coude :
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identification, cachet et signature du médecin :

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 :**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> variée | <input type="checkbox"/> plutôt riche en féculents | <input type="checkbox"/> plutôt riche en graisses |
| <input type="checkbox"/> plutôt riche en protéines | <input type="checkbox"/> végétarien | <input type="checkbox"/> 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 BUEZ-VOUS PAR JOUR)**

- | | | | |
|---|--|---|--|
| Eau plate, gazeuse, infusions | <input type="checkbox"/> 1/2 l | <input type="checkbox"/> 1 l. | <input type="checkbox"/> + de 2 l. |
| Boissons sucrées (sirop, sodas, jus de fruits) | <input type="checkbox"/> 1 verre | <input type="checkbox"/> 1 à 2 verres | <input type="checkbox"/> + de 2 verres |
| Boissons alcoolisées | <input type="checkbox"/> 1 verre | <input type="checkbox"/> 1 à 2 verres | <input type="checkbox"/> + de 2 verres |
| Thé/Café (préciser) | <input type="checkbox"/> <1 Tasse | <input type="checkbox"/> 1 à 3 Tasses | <input type="checkbox"/> >3 Tasses |
| Vous buvez : <input type="checkbox"/> Pendant les repas | <input type="checkbox"/> Entre les repas | <input type="checkbox"/> Pendant l'entraînement | |

COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ-VOUS ?

Lait/yaourts/fromageblanc/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. 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

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 :

SUIVI MEDICAL

QUESTIONNAIRE DE SURENTRAINEMENT DE LA SFMS
ADAPTÉ A LA FFBS

A présenter lors de la visite médicale

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

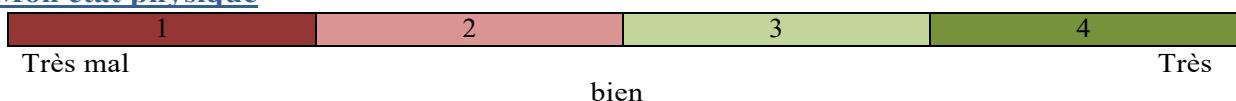
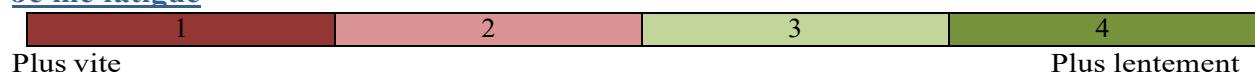
Avez-vous été victime de harcèlement ? Oui NonY-a-t-il eu au cours du mois un événement important ayant perturbé votre vie personnelle ou familiale ?
 Oui Non

QUESTIONNAIRE SURENTRAINEMENT	OUI	NON
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 bâille 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

 Oui Non

Commentaires :

Identification et signature du praticien :