

Fédération Française de Gymnastique

DOSSIER MÉDICAL PERFORMANCE (CONFIDENTIEL)

Le dossier doit être complété par un médecin du sport. La première page doit être complétée, si possible, avant la consultation par l'athlète ou ses représentants légaux (si personne mineure). Le médecin reviendra sur ces questions pendant la consultation. En cas de réponse négative, rayer les mots pour différencier la réponse négative de l'absence de réponse.

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le** _____
@mail (gymnaste) : _____ **Tel :** _____ **Discipline :** _____
Structure de haut niveau : _____ **Scolarité/travail :** _____
Entraînements : Nb d'heure/semaine : _____ Nb de séances/semaine : _____ Entraîneur : _____
Début de la pratique de la gymnastique : _____

Compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin) rayer en cas de réponse négative

ATCD Familiaux :
 Pas de mort subite Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans

ATCD personnels :
Médicaux : Malaise Palpitations Explorations : _____ Asthme Allergies

Chirurgicaux :

Traumatologiques :

Traumatisme crânien (date, lésions, PC...): _____ Trauma du rachis cervical
 Ostéocondrose Tendinopathie Fracture de fatigue Périostite Lésion tendineuse
 Lésion musculaire Lésion ligamentaire Lésion osseuse
 Localisation(s) et date :

Séquelles fonctionnelles : oui non
Pathologie rachidienne si oui laquelle..... Dernière Rx IRM (si oui, date:.....)

Saison précédente :
 Durée d'arrêt sportif total : _____ Durée d'aménagement (cumulé) : _____ Motif(s) : _____

Traitement actuel : AUT : Vaccins à jour : DTP Hépatite B

Supplémentation : Vit D (si oui posologie :.....) Fer autre :

Mode de vie : Hydratation.....L/j Nb de repas :...../jour Compléments alimentaires
 Vitamine (type, dose) : _____
 Comportement alimentaire perturbé **Suivi diététique souhaité** effectué
 Sommeil : de.....h à.....h Pas de troubles du sommeil Préparation mentale suivie

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
Nom : _____ **Prénom :** _____ **signature** _____

Nom : Prénom :

Examen clinique : date

Doléances actuelles : Pas de malaise Pas de douleur thoracique

Aucune

Saison actuelle : Aménagement des entraînements si oui durée (cumulée) : Motif :

Poids	kg	Plis cutanés	Bicipital	mm	% Masse grass	Méthode 4plis	%
Taille	cm		Tricipital	mm		déxa	%
IMC			Sous scapulaire	m	Bandelette urinaire	Gluc : ...	Hemat : ..
Stade TANNER	S..... P.....		Supra iliaque	mm		Prot : ...	Nitrites : ..
Acuité Visuelle	Œil Dt /10		Quadiceps	mm			
Correction <input type="checkbox"/>	Œil G /10	Jumeaux	mm	VEMS			

Examen cardiologique : Souffle FC :TADt :mmHg TAG :mmHg

Signes de Marfan Axes artériels :

ECG date.....: Anomalies mineures préciser :
Normal Anomalies majeures préciser :

Examen de l'appareil locomoteur :

Variantes Morphologiques :

Coudes	Valgus >10° <input type="checkbox"/> Recurvatum <input type="checkbox"/> symétrique <input type="checkbox"/>	Genoux	Recurvatum <input type="checkbox"/> varum <input type="checkbox"/> valgum <input type="checkbox"/>
		Podologie Port de semelles <input type="checkbox"/>
Rachis	Hyperlordose Lombaire <input type="checkbox"/> Hypercyphose dorsale <input type="checkbox"/> Attitude scoliotique <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/>° angle de Cobb	Autre	

Souplesse :

Harmonieuse et symétrique

Asymétrique : Ceinture scapulaire ceinture pelvienne

Déficitaire : Ceinture scapulaire ceinture pelvienne rachis précisez :

Test d'hyperextension du rachis dorso lombaire en décubitus ventral (à 90°): indolore douloureux

Palpation / Testing / Diagnostics/Résultats d'examens complémentaires :

Pas de signe d'ostéochondrose Pas de signes de tendinopathie Pas de lyse isthmique connue

Gynécologie :

Fuites urinaires à l'effort Ménarche O/N

Matériel Orthodontie: si oui, prévu jusque:

Reste de l'examen (Pneumo, abdominal, ORL, neuro, cutané...) :

Examens	Evaluation diététique	Evaluation psychologique	ECG (peut être fait avec l'examen clinique)	Questionnaire de surentrainement
Date				
Anomalie(s)				

Conclusions : Date :

Signature et cachet :

Tel et E-mail du médecin :

Apte à l'entrée ou à la poursuite en filière de haut niveau

Sans réserve Avec réserve

Contre indication à l'entrée en filière temporaire Définitive



**SUIVI MEDICAL REGLEMENTAIRE
DES GYMNASTES DE HAUT NIVEAU ET ESPOIRS**

QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE DU SURENTRAINEMENT
Société française de médecine du sport

Date du jour :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Si vous êtes Scolaire ou étudiant, êtes-vous en période d'examens oui / non

Quelle est votre discipline sportive principale .GAM –GAF-GR-TR-TU- G ACROBATIQUE – G AEROBIC
(cocher la case correspondante)

Niveau de pratique ? International ou National (cocher la case correspondante)

Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ?

Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale?

Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale?

Nombre de compétitions dans le mois qui précède (en journées de compétition) :

Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les

Y a-t-il eu au cours du dernier mois, un événement important ayant perturbé votre vie personnelle ou
familiale ? oui / non

Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? oui / non

Prenez-vous un traitement actuellement ?oui / non

Si oui, lequel ?

Avez-vous effectué un stage récent en altitude (dans les derniers 15 jours) ? oui/ non

Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autres raison) ? oui / non

Avez-vous des troubles des règles ? oui / non

Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :

Mon Niveau de Performance est :

Mauvais <----->Excellent

Je me fatigue :

Plus lentement <-----> Plus rapidement

Je récupère de mon état de fatigue :

Plus vite <-----> Plus lentement

Je me sens :

Très détendu <-----> Très anxieux

J'ai la sensation que ma force musculaire a :

Augmenté <-----> Diminué

J'ai la sensation que mon endurance a :

Augmenté <-----> Diminué

Références :

- Legros P, Beau M, Desmarests Y, Jousselin E, Medelli J, Paruit C, et al. Le surentraînement. Science & Sports 1992;7:51-7.
- Legros P, Bedu M, Desmarais Y, Jousselin E, Medelli J, Paruit C, et al. Le surentraînement : diagnostic des manifestations psycho comportementales précoces. Science & Sports 1993;8:71-4.

Ce dernier mois :

1	Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué	OUI	NON
2	Je ne soutiens pas autant mon attention	OUI	NON
3	Mes proches estiment que mon comportement a changé	OUI	NON
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine	OUI	NON
5	J'ai une sensation de palpitation	OUI	NON
6	J'ai une sensation de gorge serrée	OUI	NON
7	J'ai moins d'appétit qu'avant	OUI	NON
8	Je mange davantage	OUI	NON
9	Je dors moins bien	OUI	NON
10	Je somnole et bâille dans la journée	OUI	NON
11	Les séances me paraissent trop rapprochées	OUI	NON
12	Mon désir a diminué	OUI	NON
13	Je fais des contre-performances	OUI	NON
14	Je m'enrhume fréquemment	OUI	NON
15	J'ai des problèmes de mémoire	OUI	NON
16	Je grossis	OUI	NON
17	Je me sens souvent fatigué	OUI	NON
18	Je me sens en état d'infériorité	OUI	NON
19	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	OUI	NON
20	J'ai plus souvent mal à la tête	OUI	NON
21	Je manque d'entrain	OUI	NON
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	OUI	NON
23	Je me confie moins facilement	OUI	NON
24	Je suis souvent patraque	OUI	NON
25	J'ai plus souvent mal à la gorge	OUI	NON
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	OUI	NON
27	Je supporte moins bien mon entraînement	OUI	NON
28	Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos	OUI	NON
29	Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort	OUI	NON
30	Je suis souvent mal fichu	OUI	NON
31	Je me fatigue plus facilement	OUI	NON
32	J'ai souvent des troubles digestifs	OUI	NON
33	J'ai envie de rester au lit	OUI	NON
34	J'ai moins confiance en moi	OUI	NON
35	Je me blesse facilement	OUI	NON
36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées	OUI	NON
37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	OUI	NON
38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	OUI	NON
39	J'ai perdu de la force, du punch	OUI	NON
40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	OUI	NON
41	Je dors plus	OUI	NON
42	Je tousse plus souvent	OUI	NON
43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	OUI	NON
44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs	OUI	NON
45	Je m'irrite plus facilement	OUI	NON
46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	OUI	NON
47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	OUI	NON
48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles	OUI	NON
49	C'est ma faute si je réussis moins bien	OUI	NON
50	J'ai les jambes lourdes	OUI	NON
51	J'égare plus facilement les objets (clefs, etc..)	OUI	NON
52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	OUI	NON
53	Je maigris	OUI	NON
54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	OUI	NON

Interprétation : Réponse « OUI » à plus de 20 items = sujet à risque de surentraînement (notamment en présence de troubles du sommeil et de l'appétit)

CERTIFICAT MEDICAL de "PERFORMANCE"

(rédigé par le médecin du sport après avoir complété le dossier médical de performance)

La présentation du certificat médical de performance dûment rempli est obligatoire lors des compétitions dont le niveau l'exige, ***faute de quoi le gymnaste n'est pas autorisé à y participer.***

Je, soussigné/e, Dr : _____

Certifie avoir examiné et complété le dossier médical de performance de

Mr, Me, Mlle _____ Prénom _____ Date de Naissance _____

L'examen n'a pas révélé de contre-indication à la pratique de la gymnastique « de performance » dans la discipline suivante : _____

Certificat valable 1 an sur la saison sportive 20- - / 20- - _____

Signature du Médecin ayant effectué l'examen médical et établi le dossier médical "performance"

Date :

Cachet Professionnel et Signature