**ANNEXE 1 : SUIVI MEDICAL DU SPORTIF DE HAUT NIVEAU TAEKWONDO**

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

DATE :

NOM-PRENOM :

DATE DE NAISSANCE – AGE :

CATEGORIE DE POIDS :

CLUB :

**INTERROGATOIRE** :

Nombres d’heures d’entrainements :

Niveau études ou emploi :

Antécédents familiaux :

Antécédents personnels :

* Médicaux :
* Chirurgicaux :
* Traumatiques :
* Traumatisme crânien, commotion cérébrale :
* Cardio-vasculaire à l’effort :
* Allergies :

Antécédents gynécologiques :

* Date des premières règles :
* Aménorrhée :
* Cycles réguliers :
* Contraception :

Alimentation : (cf questionnaire)

Hydratation (journée, entrainement) :

Tabac :

Alcool :

Bilan psychologique (cf questionnaire)

Questionnaire de surentraînement : /55

Carnet de vaccination : DTP : ROR : HEP B : Autres :

Evénement depuis la dernière visite du suivi médical, période d’arrêt :

Symptomatologie actuelle :

**EXAMEN CLINIQUE**

Poids : Taille : % Masse Grasse :

**Vision** : OG : OD : Lunettes/ lentilles : O/N

**Appareil locomoteur** :

Statique : Frontal :

 Sagittal :

Dynamique : genu valgum dynamique O/N

Examen rachis lombaire :

Gibbosité :

Mobilisation :

Rachis cervical

Compliance tendino-musculaire : DDS :

AP Dt : Gche DTF Dt : Gche

Hyperlaxité : O / N

Examen des membres inférieurs :

Podoscope :

Pieds :

Chevilles :

Genoux :

Hanches :

Examen des membres supérieurs :

Examen neurologique :

Autres (dermato, digestif) :

**Examen cardiologique :** TA: FC:

Auscultation :

ECG : rythme sinusal O/N

Arythmie O/N

Conduction atriale : onde P O/N

Conduction auriculo-ventriculaire : durée PR :

Repolarisation : durée QT corrigée :

Aspect segment ST :

Observation :

Nb : si anomalies à l’interrogatoire (atcd personnels, atcd familiaux, symptômes cardio-vasculaires à l’effort ou anomalies ECG) un avis auprès d’un cardiologue sera demandé pour réalisation écho cœur +/- test d’effort

**CONCLUSION** :

* Contre-indication à la pratique du sport de haut niveau : OUI NON
* Contre-indication temporaire à la pratique du sport de haut niveau dans l’attente des examens suivants :
	+ - ………………..
		- ………………..

Prévention:

Date de l’examen : Nom médecin

Signature Tampon