



**FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE :
COMPETITION JUNIOR SENIOR
AVEC PROTECTION CEPHALIQUE**

DISCIPLINES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	JUNIOR	HONNEUR 1	HONNEUR 2
MUAY THAI – BOXE THAI			
KICK-BOXING			
FULL CONTACT- BOXE AMERICAINE			
KI RULES			
PANCRACE			
CHAUSSEFIGHT			
BOXE BOJI			

Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine. Cependant il vous faut un tracé ECG de repos qui peut être fait par un généraliste, un médecin du sport ou un cardiologue.

Un examen ophtalmologique fait par un spécialiste est obligatoire (valable 4 ans) à partir du 1 septembre 2011.

Recommandations à l'attention des médecins

Cher confrère,

Vous êtes amené à examiner un sportif qui désire pratiquer un sport de contact dans la catégorie compétition avec protection céphalique.

Cette activité sportive nécessite un excellent état cardiaque.

En dehors d'un tracé ECG de repos interprété qui est obligatoire, il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires qu'il vous paraîtra utile de demander pour établir ou non ce certificat.

Toutes les contre-indications médicales aux sports s'appliquent.

On peut retenir en particulier les contre-indications médicales suivantes :

- hernie pariétale, éventrations.
- hépato ou splénomégalie
- antécédents de coma ou de lésions cérébrales
- trouble de l'équilibre
- épilepsie
- un trouble de la coagulation
- ou la prise d'un traitement altérant la coagulation
- sérologie VIH, Ag HBS, Anticorps HCV

Concernant les femmes :

contre-indication temporaire pour les femmes enceintes ou qui allaitent.



ANTECEDENTS MEDICAUX

À remplir par le postulant avec l'aide éventuelle du médecin consulté

ANTECEDENTS FAMILIAUX

*

**

Cardiaques	Oui	Non		Oui
Neurologiques	Oui	Non		Oui
Psychiatriques	Oui	Non		Oui
Diabète	Oui	Non		Oui
Cholestérol	Oui	Non		Oui
Triglycérides	Oui	Non		Oui
Allergique	Oui	Non		Oui

ANTECEDENTS PERSONNELS

Asthme	Oui	Non		Oui
Tuberculose	Oui	Non		Oui
Maladies du cœur palpitations douleurs	Oui	Non		Oui
Maladies des reins et des voies urinaires	Oui	Non		Oui
Appareil génital	Oui	Non		Oui
Diabètes	Oui	Non		Oui
Maladies du sang	Oui	Non		Oui
Transfusion	Oui	Non		Oui
Méningite encéphalite	Oui	Non		Oui
Epilepsie	Oui	Non		Oui
Perte de connaissance	Oui	Non		Oui
maux de tête	Oui	Non		Oui
tremblements troubles de l'équilibre, vertiges	Oui	Non		Oui
traumatisme crânien avec ou sans perte de connaissance précisez	Oui	Non		Oui
Antécédents psychiatriques	Oui	Non		Oui
troubles du comportement	Oui	Non		Oui
rhumatisme articulaire aigu	Oui	Non		Oui
maladies vénériennes	Oui	Non		Oui
maladie de la peau	Oui	Non		Oui
réactions allergiques	Oui	Non		Oui
fracture du crâne des vertèbres	Oui	Non		Oui
autres fractures précisez..... précisez :	Oui	Non		Oui
autre maladie ou accident précisez.....	Oui	Non		Oui
intervention chirurgicale précisez.....	Oui	Non		Oui
traitement médicamenteux régulier précisez.....	Oui	Non		Oui

Vaccinations : (date) : BCG :..... Tétanos/polio :.....

**antécédents au moment de la prise de la première licence*

***antécédents déclarés lors de la prise d'autres licences*



**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACT EN COMPETITION
JUNIOR SENIOR
AVEC CASQUE ET TRANSFERT D'ENERGIE A L'IMPACT**

EXAMEN CLINIQUE

Taille : Poids : IMC :

- examen morpho-statique : Rachis : MI : MS :

Empreintes podologiques :

- appareil cardio-vasculaire : FC de repos : TA de repos :

TA et FC (après 30 flexions en 45 sec) : TA et FC (après 1 min de récupération).

- auscultation cardiaque :

- Tracé ECG de repos :

- ECG d'effort tous les quatre ans à partir de 35 ans

- examen pulmonaire :

- examen ostéo-articulaire :

- examen neurologique : marche aveugle sur place (FUKUDA)

ROMBERG sensibilisé..... BARRE : MINGAZINI

Talons genoux.....Doigt nez.....ROT.....RCP.....

- examen stomatologique (denture) :

Caries, obturations, dents manquantes, malpositions dentaires,

- examen O.R.L. (acuité auditive tympan perméabilité nasale) :

- aires ganglionnaires :

- examen abdominal (sangle abdominale, orifices herniaires, cicatrices, hépatomégalie ou splénomégalie) :

- examen génito-urinaire :

- examen dermatologique :

- examen ophtalmologique : acuité visuelle : Mobilité oculaire :

Champ visuel aux doigts : RPM :ROM :

Anomalies des annexes :

Bilan biologique : sérologie recommandée chaque année NFS, TP TCA, glycosurie, protéinurie recommandée chaque année

NFS, TP TCA, lors de la première prise de licence puis tous les 4 ans



EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE SPECIALISE

Contre indications absolues :

- Chirurgie intra oculaire
- Amblyopie
- Myopie supérieure à deux dioptries

1 Acuité visuelle (notée en toutes lettres et sans surcharges en dixième avec éventuelle formule de correction

	Sans correction	Formule de correction	Avec correction
OD			
OG			

2 Champ visuel.....

3- Tonus oculaire.....

4 Motilité oculaire.....

5 Vision binoculaire.....

6 Milieux transparents.....

7 Fond d'œil (examen aux 3 miroirs.....

8 Anomalie d'ordre pathologique.....

Décisions du spécialiste en ophtalmologie :

Je soussigné Dr : Spécialiste en ophtalmologie

Certifie avoir examiné le :.....

M. :.....

et ne pas avoir constaté de signes ophtalmologiques apparents contre indiquant la pratique des sports de contact sans casque et avec transfert d'énergie.

Cachet

lieu date.....

Signature



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACT EN COMPETITION
JUNIOR SENIOR
AVEC CASQUE ET TRANSFERT D'ENERGIE A L'IMPACT**

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné le :
(En lettres capitales) (Date de l'examen)

Certifie avoir examiné M.....Né (e) le :

(Mentionner le nom et prénom)

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique des sports de contact avec casque et transfert d'énergie à l'impact

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin