



**CABINET MÉDICAL**  
**Docteur Gérard HAMONIC & Docteur Julie PAPIN-BALCON**

- 01 Généralistes Conventionné Secteur 1 -- Spécialistes en Médecine Générale -

12 Rue André SOUQUET - 22690 PLEUDIHEN/RANCE

<http://cabmedpleud.over-blog.com>

Tél. : 02 96 83 20 67

[cabmedph@orange.fr](mailto:cabmedph@orange.fr)

-----Consultations sur rendez-vous-----

**Fiche d'examen médical de non contre-indication  
apparente à la pratique d'un sport**

**Questionnaire préalable à la visite médicale,  
à remplir et signer par le sportif**

Source : Société Française de Médecine du Sport

**Nom:** .....

**Prénom:** .....

**Date de naissance:** .... / .... / .....

**Sport pratiqué :** .....

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure,  
si oui laquelle : .....

Avez-vous déjà été opéré? non  oui

Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

.....

Avez-vous déjà été hospitalisé pour

-traumatisme crânien non  oui

-perte de connaissance non  oui

-épilepsie non  oui

-crise de "tétanie ou spasmophilie" non  oui

Avez-vous des troubles de la vue non  oui

si oui, portez-vous des corrections: lunettes  lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition non  oui

Avez-vous eu des troubles de l'équilibre non  oui

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants "

-Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire  
survenue avant l'âge de 50 ans non  oui

-Mort subite survenue avant 50 ans  
(y compris mort subite du nourrisson) non  oui

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants .'

- |                                      |     |                       |     |                       |
|--------------------------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| -Malaise ou perte de connaissance    | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -Douleur thoracique                  | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -Palpitations (cœur irrégulier)      | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -Fatigue ou essoufflement inhabituel | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |

Avez-vous

- |  |     |                       |     |                       |
|--|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| -une maladie cardiaque   | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -une maladie des vaisseaux   | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -été opéré du cœur ou des vaisseaux  | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu  | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -une hypertension artérielle   | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -un diabète  | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -un cholestérol élevé  | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -Suivi un traitement régulier ces deux dernières années<br>(médicaments, compléments alimentaires ou autres) | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -Une infection sérieuse dans le mois précédent   | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |

Avez-vous déjà eu:

- |                                 |     |                       |     |                       |
|---------------------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| - un électrocardiogramme        | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - un échocardiogramme           | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - une épreuve d'effort maximale | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |

Avez-vous déjà eu:

- |                                  |     |                       |     |                       |
|----------------------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| - des troubles de la coagulation | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
|----------------------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|

A quand remonte votre dernier bilan sanguin?  
(le joindre si possible)

.....

Fumez-vous?

non  oui

si oui, combien par jour? ..... Depuis combien de temps ? .....

Avez-vous

- |   |     |                       |     |                       |
|---|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| -des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme)  | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - des allergies cutanées                                | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - des allergies à des médicaments<br>si oui, lesquels . | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |

Prenez-vous des traitements

- |   |     |                       |     |                       |
|---|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| - pour l'allergie? (si oui, lesquels) ..... | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - pour l'asthme? (si oui, lesquels).....    | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |

Avez-vous des maladies ORL répétitives:

angines, sinusites, otites (si oui, lesquels)..... non  oui

Vos dents sont-elles en bon état: (si possible, joindre votre dernier bilan dentaire)

non  oui

Avez-vous déjà eu:

- |                              |     |                       |     |                       |
|------------------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| - des problèmes vertébraux:  | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - une anomalie radiologique: | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |

Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand)

- |                             |     |                       |     |                       |
|-----------------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| - une luxation articulaire  | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - une ou des fractures      | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - une rupture tendineuse    | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - des tendinites chroniques | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - des lésions musculaires   | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - des entorses graves       | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |

Prenez-vous des médicaments actuellement. non  oui

Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement. non  oui

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus .....

Avez-vous eu les vaccinations suivantes:

- |                |     |                       |     |                       |
|----------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| -Tétanos polio | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| - Hépatite     | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| -Autres        | non | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> |
| précisez ..... |     |                       |     |                       |

Avez-vous eu une sérologie HIV: non  oui

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.

A quel âge avez-vous été réglée? .....

Avez-vous un cycle régulier? non  oui

Avez-vous des périodes d'aménorrhée (arrêt des règles)? non  oui

Combien de grossesses avez-vous eu ? .....

Prenez-vous un traitement hormonal? non  oui

Prenez-vous une contraception orale? non  oui

Consommez-vous régulièrement des produits laitiers? non  oui

Suivez-vous un régime alimentaire? non  oui

Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue? non  oui

Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose? non  oui

Avez-vous une affection endocrinienne? non  oui

Si oui, laquelle ? .....

Combien effectuez-vous d'heures d'entrainement par semaine? .....

*Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus*

Nom .....

Prénom .....

Date .....

Signature

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL:

Document à conserver par le médecin examinateur