



FÉDÉRATION FRANÇAISE  
HALTÉROPHILIE - MUSCULATION  
**FFHM**

## DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU SAISON 2024

### ATTENTION : UNIQUEMENT SPORTIF(VE) PROFIL A & B CF. GUIDE METHODOLOGIQUE 2024

Ce dossier vous permettra de réaliser, avant le 30 juin 2024 (1<sup>ère</sup> inscription) ou avant le 30 août 2024 (renouvellement), les examens médicaux **obligatoires** suite à votre inscription sur la liste des sportif(ve)s de haut niveau.

Nous vous recommandons de garder une copie de l'ensemble de votre dossier médical.

#### COORDONNEES DU SPORTIF

NOM : .....	PRENOM : .....	
Liste SHN : <input type="checkbox"/> ELITE	<input type="checkbox"/> SENIOR	<input type="checkbox"/> RELÈVE
<input type="checkbox"/> Liste ESPOIR en pôle FFHM	<input type="checkbox"/> Liste COLLECTIF NATIONAUX en pôle FFHM	
Précisez le pôle le cas échéant : .....		
Mobile : .....	courriel : .....@.....	

#### CADRE RESERVE A LA FFHM

Dossier complet : <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Réception le : __/__/20__	Saisie PSQS le : __/__/20__
Remarques : ..... ..... ..... .....	

### 1. ECHOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE DE REPOS (ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE)

Faire pratiquer (une seule fois pour toute votre carrière sportive, sauf si elle est pratiquée avant 15 ans, dans ce cas, refaire cet examen entre 18 et 20 ans), par un cardiologue, une échographie transthoracique de dépistage dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut-niveau. Si vous décelez des soins ou des examens à effectuer, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils seront effectués.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

Cachet et signature

- Avoir pratiqué cet examen le \_\_/\_\_/20\_\_  
chez M, Mme .....
- Avoir transmis les résultats au sportif    OUI    NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires    OUI    NON
- Lui avoir remis une facture acquittée    OUI    NON

### 2. EPREUVE D'EFFORT CARDIOLOGIQUE d'intensité maximale

Faire pratiquer par un médecin du sport ou un cardiologue, une seule fois pour toute votre carrière sportive, une épreuve d'effort d'intensité maximale de dépistage, selon les modalités en accord avec les données scientifiques actuelles, dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut-niveau. Si vous décelez des soins ou des examens à effectuer, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils seront effectués.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

Cachet et signature

- Avoir pratiqué cet examen le \_\_/\_\_/20\_\_  
chez M, Mme .....
- Avoir transmis les résultats au sportif    OUI    NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires    OUI    NON
- Lui avoir remis une facture acquittée    OUI    NON

### 3. ELECTROCARDIOGRAMME STANDARDISE DE REPOS (peut être réalisé lors de l'examen médical ou lors de l'épreuve d'effort)

Faire pratiquer par un médecin du sport ou un cardiologue, un ECG standardisé de repos avec compte-rendu, dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut-niveau. Si vous décelez des soins ou des examens à effectuer, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils seront effectués.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

Cachet et signature

- Avoir pratiqué cet examen le \_\_/\_\_/20\_\_  
chez M, Mme .....
- Avoir transmis les résultats au sportif    OUI    NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires    OUI    NON
- Lui avoir remis une facture acquittée    OUI    NON

#### 4. EXAMEN BIOLOGIQUE SANGUIN

Faire pratiquer une analyse sanguine comprenant NFS, Ferritine, Réticulocytes (pour les sportifs âgés de plus de 15 ans), dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut niveau. Si vous décelez des soins ou des examens à effectuer, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils seront effectués.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

Cachet et signature

Avoir pratiqué cet examen le \_\_/\_\_/20\_\_ chez M, Mme .....

- Avoir transmis les résultats au sportif  OUI  NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires  OUI  NON
- Lui avoir remis une facture acquittée  OUI  NON

#### 5. EXAMEN MEDICAL par un médecin diplômé en médecine du sport

Faire réaliser par un médecin du sport un examen médical, selon les recommandations de la Société Française de Médecine du sport, dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut-niveau. Le sportif doit se présenter à vous muni des résultats des différents examens effectués en amont et listés ci-dessus. Ainsi vous pourrez en confronter les résultats avec l'examen médical que vous effectuerez et, le cas échéant, prescrire des examens complémentaires que vous jugerez utiles.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

Cachet et signature

Avoir pratiqué cet examen le \_\_/\_\_/20\_\_ chez M, Mme .....

- Avoir transmis les résultats au sportif  OUI  NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires  OUI  NON
- Lui avoir remis une facture acquittée  OUI  NON

Aucun règlement ne sera effectué par la Fédération Française Haltérophilie Musculation aux plateaux techniques de médecine du sport sans accord préalable et sans le respect des conditions suivantes :

Facture précisant le NOM / Prénom / Date de naissance de chaque sportif

L'ensemble des sportifs pour lesquels est effectuée la facturation doit être concerné par l'obligation de la surveillance médicale réglementaire (chaque sportif doit présenter au plateau technique le courrier de la fédération prévu à cet effet)

# EXAMEN MEDICAL

NOM : .....

Prénom : .....

Née le : .../.../.....

Cachet et signature

Examen effectué à : .....

Le : \_\_/\_\_/20\_\_

Par le Dr : .....(Médecin du sport)

## 1. INTERROGATOIRE

Antécédents notables : .....

Pathologies depuis le dernier examen : .....

Blessures lors du dernier examen : .....

Allergies connues : .....

Signes fonctionnels ce jour : .....

## 2. EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE

Signes fonctionnels\* : Dyspnée d'effort Palpitations Douleurs thoraciques

Autre (préciser) : .....

Récupération : .....

TA : ..... Fréquence cardiaque de repos : .....

Auscultation cardiaque : .....

Examen vasculaire : .....

ECG (si c'est vous qui le réalisez) : joindre une copie du tracé et valider cet examen p2

Interprétation : .....

FC : ..... Axe : ..... Rythme : ..... Conduction : .....

Repolarisation : .....

## 3. EXAMEN RESPIRATOIRE

Signes fonctionnels : .....

Tabac : .....

Asthme : .....(si oui, fournir les résultats de la dernière EFR)

Examen : .....

## 4. EXAMEN MORPHOSTATIQUE ET ANTHROPOMETRIQUE

Taille : ..... Poids : ..... IMC : ..... Masse grasse : ..... %

Souplesse : ..... Distance main sol : .....

Examen :

Scoliose Attitude scoliothique Cyphose

Genoux : .....

Pieds : .....

Anomalie des groupes musculaires (préciser le cas échéant) : .....

.....

## 5. EXAMEN DIGESTIF

Signes fonctionnels : .....

Examen : .....

## 6. EXAMEN NEUROLOGIQUE

Signes fonctionnels : .....

Examen : .....

## 7. EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Sans correction : OD ..... Avec correction : OD .....

OG ..... OG .....

## 8. QUESTIONNAIRE GYNECOLOGIQUE

Mes 1 <sup>ères</sup> règles sont venues après l'âge de 16 ans	OUI	NON
J'ai déjà eu une absence de règles de plus de 3 mois	OUI	NON
J'ai mes règles un mois sur 2 ou sur 3	OUI	NON
J'ai eu une ou plusieurs fractures de fatigue	OUI	NON
Les douleurs de règles me gênent parfois à l'entraînement	OUI	NON
Les douleurs de règles m'ont fait parfois manquer l'entraînement	OUI	NON
J'ai moins d'énergie et plus de fatigue avant les règles	OUI	NON
Je souhaiterais changer de pilule ou de contraception	OUI	NON
J'oublie souvent ma pilule	OUI	NON
A l'entraînement, à la course, au saut, à la toux, j'ai parfois quelques fuites urinaires	OUI	NON

## 9. QUESTIONNAIRE SUR LA FATIGUE ET DEPISTAGE DU SURENTRAINEMENT

Pendant la semaine :	Pas du tout			Normal			Beaucoup		
J'ai trouvé l'entraînement plus difficile	1	2	3	4	5	6	7		
J'ai plus dormi	1	2	3	4	5	6	7		
Mes jambes étaient plus lourdes	1	2	3	4	5	6	7		
J'ai attrapé froid ou une infection	1	2	3	4	5	6	7		
Ma concentration était plus difficile	1	2	3	4	5	6	7		
J'ai travaillé moins efficacement	1	2	3	4	5	6	7		
Je me suis senti plus irritable	1	2	3	4	5	6	7		
J'ai été plus stressé à la maison, au travail	1	2	3	4	5	6	7		

La somme du score à chaque réponse donne le score total de fatigue

**Total :** .....

**10. VACCINATIONS**

Vaccin	A jour (OUI / NON)	Date dernier rappel
DTPolio		
BCG		
Hépatite B		
ROR		
Autre (préciser)		

**11. BILAN DIETETIQUE : (résumé)**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**12. EXAMENS BIOLOGIQUES**

Le sportif vous a-t-il présenté les résultats de la recherche de l'analyse biologique sanguine (comprenant NFS, Ferritine, Réticulocytes) ?

OUI                       NON

Anomalies constatées :                       OUI                       NON

Examens complémentaires demandés :                       OUI                       NON

**13. CONCLUSION**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## BILAN DENTAIRE

NOM : .....

Prénom : .....

Née le : .../.../.....

Examen effectué à : .....

Le : \_\_/\_\_/20\_\_

Par le Dr : .....

*Cachet et signature*

Soins dentaires à effectuer     OUI     NON

### SYNTHESE

.....  
.....  
.....  
.....

## BILAN PSYCHOLOGIQUE

NOM : ..... Prénom : .....

Née le : .../.../.....

Examen effectué à : ..... Le : \_\_/\_\_/20\_\_

Cachet et signature

**Par :**

NOM : .....

Prénom : .....

N° Adeli : .....

Médecin du sport     Psychologue     Psychiatre

Autre (Préciser) : .....

### FACTEUR DE PROTECTION ET DE RESPONSABILITE

A l'issue de l'entretien, chaque rubrique est évaluée comme satisfaisante ou non, aux yeux de l'évaluateur, vis-à-vis de l'état de santé psychologique du sportif (cocher la case correspondante).

**Cotation :**

1 : satisfaisante    2 : moyennement satisfaisante    3 : satisfaisant    4 : très satisfaisante

	1	2	3	4
Sphère personnelle et familiale				
Environnement sportif				
Vie scolaire, universitaire ou professionnelle				
Santé physique				
Vie sociale				

**Psychopathologie** (se référer au DSM4 ou au CIM10)

#### 1. Suivi

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)	Passé	En cours
Suivi pour antécédent psychopathologique					

Motif : .....

Traitements : .....

Professionnel impliqué (médecin, psychologue, psychiatre ...) : .....

#### 2. Episodes dépressifs

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)	Passé	En cours
Dépression mineure					
Dépression sévère					

Passé : depuis plus de 6 mois

En cours : depuis moins de 6 mois

#### 3. Trouble anxieux

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)	Passé	En cours
Troubles paniques					
agoraphobie					
Troubles obsessionnels et compulsifs					
Anxiété généralisée (durée d'au moins 6 mois)					
Phobie sociale					

#### 4. Suicide

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)	Passé	En cours
Idée suicidaires					
Tentatives de suicide				-	-

## 5. Troubles psychotiques

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)		Passé	En cours
Idées délirantes / Hallucinations / Autres ...						

## 6. a) Violences subies

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)		Passé	En cours
Harcèlement et agressions verbales						
Harcèlement et agressions physiques						
Harcèlement et agressions sexuelles						

## 6. b) Violences portées

	Oui	Non	Ne sais pas (NSP)		Passé	En cours
Auto-agressivité						
Hétéro-agressivité						

## 7. Troubles du comportement alimentaire

	Oui	Non	NSP		Passé	En cours
Anorexie (Perte de poids, aménorrhée, altération de la représentation corporelle)						
Boulimie (réurrences, perte de contrôle lors des crises, comportement compensatoire inapproprié)						
Troubles mineurs du comportement alimentaire						
Poids : .....kg      Taille : .....cm						

## 8. Trouble du sommeil (depuis au moins 15 jours)

	Oui	Non	NSP		Passé	En cours
Difficultés d'endormissement						
Réveils nocturnes						
Somnolences diurnes						

## 9. Usage de substances

	Oui	Non	NSP		Passé	En cours
1. Compléments nutritionnels						
2. Tabac						
3. Cannabis						
4. Alcool						
5. Substances visant à améliorer la performance						
5.1. Substances dopantes / masquantes ( $\beta$ +, corticoïdes, diurétiques, laxatifs, anabolisants)						
5.2. EPO, insuline, Hormones de croissance, amphétamines, dérivés de synthèse (PFC), cocktails (pot belge), transfusions,...						
5.3. Substances psychoactives (Opiacés, cocaïne, hallucinogènes, sédatifs, hypnotiques,...)						

Type d'usage (entourer l'item ; si + de 2 substances, préciser derrière la réponse, le chiffre 1, 2, 3, 4, 5a, 5b, 5c correspondant)

**Abus :**                     Oui                     Non                     Ne sais pas

**Fréquence :**             Quotidienne    Hebdomadaire    Mensuelle         Rare

**Dépendance :**         Oui                     Non                     Ne sais pas

**Durée, depuis :**         < 6 mois         1 à 2 ans         5 à 10 ans         + de 10ans

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT

### IDENTITE DU SPORTIF

NOM : .....

Prénom : .....

### TARIFS APPLICABLES POUR LE REMBOURSEMENT

Nature des examens	Echographie cardiaque	Epreuve d'effort	ECG de repos	Bilan biologique	Examen médical/dentaire
Plafond de remboursement fédéral	100€	100€	25€	20 €	25€

Je soussigné (nom du sportif - ou de ses parents si mineur) .....

**Demande le remboursement des frais médicaux suivants (rayer les examens non concernés) que j'ai acquittés :**

**Echographie cardiaque :** .....Montant (€)

(Une seule fois pour toute votre carrière sportive, sauf si elle est pratiquée avant 15 ans, dans ce cas, refaire cet examen entre 18 et 20 ans)

**Epreuve d'effort :** .....Montant (€)

(Une seule fois pour toute votre carrière sportive)

**Electrocardiogramme de repos :** .....Montant (€)

(Peut être pratiqué lors de l'examen médical) Examen biologique sanguin :  
Examen médical :

**Pour un montant total acquitté de :** .....Montant (€)

Fait à : ..... Le \_\_/\_\_/20\_\_

Signature du sportif (ou de ses parents si mineur)

### Joindre obligatoirement :

- Les factures d'honoraires acquittées (mention obligatoire « feuille de soins non délivrée »)
- Un RIB (avec IBAN)