

FEDERATION FRANCAISE MOTONAUTIQUE
FICHE DE CONTROLE MEDICO-SPORTIF 2012

(Il est obligatoire de joindre cette fiche à votre demande de licence sportive annuelle ou 72 heures)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Taille : Poids : Groupe sanguin facteur RH :

Adresse :

Allergie :

Prise de médicaments : NON OUI => si OUI, sont-ils dans la liste des produits « dopants » ? NON OUI

Certaines maladies hémio-cardio-vasculaires (Hémophilie) le diabète (insulino dépendant) l'épilepsie, l'altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire, la non intégrité de membres, ainsi que la prise de certains médicaments ou produits répertoriés dans la liste des produits « dopants » sont une cause d'incompatibilité éventuelle avec la compétition motonautique et doivent être signalés à la Commission médicale qui statuera sur présentation des ordonnances correspondantes en cas de traitement médical.

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :

Auscultation : TENSION ARTERIELLE :/.....
 E.C.G. d'effort obligatoire tous les ans pour les + 50 ans et/ou F1 – F2 (à fournir ou le compte rendu)

TEST DE RUFFIER-DICKSON (OBLIGATOIRE)

| | | <u>CALCUL DE L'INDICE RUFFIER</u> | INDICE | Résultat dans la Case correspondante |
|---|-----------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| POULS | RÉSULTATS | $\frac{Po + P1 + P2 - 200}{10}$ | Entre 0 et 5 | très bon |
| Po (au repos) | | | De 5 à 10 | bon |
| P1 (après 30 flexions en 45 secondes) | | | De 10 à 15 | médiocre |
| P2 (1 minute après l'exercice) | | | Au dessus de 15 | mauvais |

APPAREIL RESPIRATOIRE :

Etat de la cage thoracique Peak Flow :
 Auscultation :

APPAREIL OSTEO-ARTICULAIRE ET MUSCULAIRE

Etat des membres Supérieur Droit : Gauche :
 Inférieur Droit : Gauche :
 Appréciation de la musculature corporelle : prothèses éventuelles :

SYSTEME NEUROLOGIQUE :

Anomalies éventuelles : Parésie : Paralyse :

OPHTALMOLOGIE :

Port de lunettes ou de lentilles NON OUI
 (si port de lentilles, vous devrez être en possession d'une paire de lunettes en cas de perte d'une ou des deux lentilles pendant la manifestation)
 Altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire NON OUI
 Test de vision nocturne **obligatoire pour participer aux courses de nuit** (si oui à fournir)

Le Médecin examinateur soussigné constate que (Nom/Prénom)

- Ne présente pas de contre indication pour la pratique du sport motonautique en COMPÉTITION
 Présente une contre indication médicale et demande l'avis de la Commission Médicale

Fait à : le
Signature **Cachet du Médecin (obligatoire)**