

## Fédération Française de Gymnastique

### DOSSIER MÉDICAL PERFORMANCE (CONFIDENTIEL)

*Le dossier doit être complété par un médecin du sport. La première page doit être complétée, si possible, avant la consultation par l'athlète ou ses représentants légaux (si personne mineure). Le médecin reviendra sur ces questions pendant la consultation. En cas de réponse négative, rayer les mots pour différencier la réponse négative de l'absence de réponse.*

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Né(e) le** \_\_\_\_\_  
**@mail (gymnaste) :** \_\_\_\_\_ **Tel :** \_\_\_\_\_ **Discipline :** \_\_\_\_\_  
**Structure de haut niveau :** \_\_\_\_\_ **Scolarité/travail :** \_\_\_\_\_  
**Entraînements :** Nb d'heure/semaine : \_\_\_\_\_ Nb de séances/semaine : \_\_\_\_\_ Entraîneur : \_\_\_\_\_  
**Début de la pratique de la gymnastique :** \_\_\_\_\_

*Compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin) rayer en cas de réponse négative*

**ATCD Familiaux :**  
 Pas de mort subite  Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans

**ATCD personnels :**  
**Médicaux :** Malaise  Palpitations  Explorations : \_\_\_\_\_ Asthme  Allergies

Chirurgicaux :

Traumatologiques :

Traumatisme crânien  (date, lésions, PC...): \_\_\_\_\_ Trauma du rachis cervical   
 Ostéocondrose  Tendinopathie  Fracture de fatigue  Périostite  Lésion tendineuse   
 Lésion musculaire  Lésion ligamentaire  Lésion osseuse   
 Localisation(s) et date :

Séquelles fonctionnelles : oui  non   
**Pathologie rachidienne**  si oui laquelle..... Dernière Rx  IRM  (si oui, date:.....)

**Saison précédente :**  
 Durée d'arrêt sportif total : \_\_\_\_\_ Durée d'aménagement (cumulé) : \_\_\_\_\_ Motif(s) : \_\_\_\_\_

**Traitement actuel :** AUT :  Vaccins à jour : DTP  Hépatite B

Supplémentation : Vit D  (si oui posologie :.....) Fer  autre :

**Mode de vie :** Hydratation.....L/j Nb de repas :...../jour Compléments alimentaires   
 Vitamine  (type, dose) : \_\_\_\_\_  
 Comportement alimentaire perturbé  **Suivi diététique souhaité**  effectué   
 Sommeil : de.....h à.....h Pas de troubles du sommeil  Préparation mentale suivie

**Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.**  
**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **signature** \_\_\_\_\_

Nom : Prénom :

Examen clinique : date .....

Doléances actuelles : Pas de malaise  Pas de douleur thoracique

Aucune

Saison actuelle : Aménagement des entraînements  si oui durée (cumulée) : Motif :

Poids	kg	Plis cutanés	Bicipital	mm	% Masse grass	Méthode 4plis	%
Taille	cm		Tricipital	mm		déxa	%
IMC			Sous scapulaire	m	Bandelette	Gluc : ...	Hemat : ..
Stade TANNER	S..... P.....		Supra iliaque	mm	urinaire	Prot : ...	Nitrites : ..
Acuité Visuelle	Œil Dt /10		Quadiceps	mm			
Correction <input type="checkbox"/>	Œil G /10	Jumeaux	mm	VEMS			

Examen cardiologique : Souffle  FC : .....TADt : .....mmHg TAG : .....mmHg

Signes de Marfan  Axes artériels :

ECG date.....: Anomalies mineures  préciser :  
Normal  Anomalies majeures  préciser :

Examen de l'appareil locomoteur :

Variantes Morphologiques :

Coudes	Valgus >10° <input type="checkbox"/> Recurvatum <input type="checkbox"/> symétrique <input type="checkbox"/>	Genoux	Recurvatum <input type="checkbox"/> varum <input type="checkbox"/> valgum <input type="checkbox"/>
		Podologie	..... Port de semelles <input type="checkbox"/>
Rachis	Hyperlordose Lombaire <input type="checkbox"/> Hypercyphose dorsale <input type="checkbox"/> Attitude scoliotique <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> .....° angle de Cobb	Autre	

Souplesse :

Harmonieuse et symétrique

Asymétrique  : Ceinture scapulaire  ceinture pelvienne

Déficitaire  : Ceinture scapulaire  ceinture pelvienne  rachis  précisez :

Test d'hyperextension du rachis dorso lombaire en décubitus ventral (à 90°): indolore  douloureux

Palpation / Testing / Diagnostics/Résultats d'examens complémentaires :

Pas de signe d'ostéochondrose  Pas de signes de tendinopathie  Pas de lyse isthmique connue

Gynécologie :

Fuites urinaires à l'effort  Ménarche O/N

Matériel Orthodontie:  si oui, prévu jusque: .....

Reste de l'examen (Pneumo, abdominal, ORL, neuro, cutané...) :

Examens	Evaluation diététique	Evaluation psychologique	ECG (peut être fait avec l'examen clinique)	Questionnaire de surentrainement
Date				
Anomalie(s)				

Conclusions : Date : .....

Signature et cachet :

Tel et E-mail du médecin :

Apte à l'entrée ou à la poursuite en filière de haut niveau

Sans réserve  Avec réserve

Contre indication à l'entrée en filière  temporaire  Définitive



**SUIVI MEDICAL REGLEMENTAIRE  
DES GYMNASTES DE HAUT NIVEAU ET ESPOIRS**

**QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE DU SURENTRAINEMENT**  
*Société française de médecine du sport*

Date du jour : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Si vous êtes Scolaire ou étudiant, êtes-vous en période d'examens            oui / non

Quelle est votre discipline sportive principale .GAM –GAF-GR-TR-TU- G ACROBATIQUE – G AEROBIC  
(cocher la case correspondante)

Niveau de pratique ? International ou National (cocher la case correspondante)

Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ? .....

Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale? .....

Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale? .....

Nombre de compétitions dans le mois qui précède (en journées de compétition) : .....

Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les .....

Y a-t-il eu au cours du dernier mois, un événement important ayant perturbé votre vie personnelle ou  
familiale ? ..... oui / non

Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? ..... oui / non

Prenez-vous un traitement actuellement ? .....oui / non

Si oui, lequel ? .....

Avez-vous effectué un stage récent en altitude (dans les derniers 15 jours) ? ..... oui/ non

Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autres raison) ? oui / non

Avez-vous des troubles des règles ? oui / non

Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :

Mon Niveau de Performance est :

Mauvais <----->Excellent

Je me fatigue :

Plus lentement <-----> Plus rapidement

Je récupère de mon état de fatigue :

Plus vite <-----> Plus lentement

Je me sens :

Très détendu <-----> Très anxieux

J'ai la sensation que ma force musculaire a :

Augmenté <-----> Diminué

J'ai la sensation que mon endurance a :

Augmenté <-----> Diminué

Références :

- Legros P, Beau M, Desmarests Y, Jousselin E, Medelli J, Paruit C, et al. Le surentraînement. Science & Sports 1992;7:51-7.
- Legros P, Bedu M, Desmarais Y, Jousselin E, Medelli J, Paruit C, et al. Le surentraînement : diagnostic des manifestations psycho comportementales précoces. Science & Sports 1993;8:71-4.

**Ce dernier mois :**

1	Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué	OUI	NON
2	Je ne soutiens pas autant mon attention	OUI	NON
3	Mes proches estiment que mon comportement a changé	OUI	NON
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine	OUI	NON
5	J'ai une sensation de palpitation	OUI	NON
6	J'ai une sensation de gorge serrée	OUI	NON
7	J'ai moins d'appétit qu'avant	OUI	NON
8	Je mange davantage	OUI	NON
9	Je dors moins bien	OUI	NON
10	Je somnole et bâille dans la journée	OUI	NON
11	Les séances me paraissent trop rapprochées	OUI	NON
12	Mon désir a diminué	OUI	NON
13	Je fais des contre-performances	OUI	NON
14	Je m'enrhume fréquemment	OUI	NON
15	J'ai des problèmes de mémoire	OUI	NON
16	Je grossis	OUI	NON
17	Je me sens souvent fatigué	OUI	NON
18	Je me sens en état d'infériorité	OUI	NON
19	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	OUI	NON
20	J'ai plus souvent mal à la tête	OUI	NON
21	Je manque d'entrain	OUI	NON
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	OUI	NON
23	Je me confie moins facilement	OUI	NON
24	Je suis souvent patraque	OUI	NON
25	J'ai plus souvent mal à la gorge	OUI	NON
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	OUI	NON
27	Je supporte moins bien mon entraînement	OUI	NON
28	Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos	OUI	NON
29	Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort	OUI	NON
30	Je suis souvent mal fichu	OUI	NON
31	Je me fatigue plus facilement	OUI	NON
32	J'ai souvent des troubles digestifs	OUI	NON
33	J'ai envie de rester au lit	OUI	NON
34	J'ai moins confiance en moi	OUI	NON
35	Je me blesse facilement	OUI	NON
36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées	OUI	NON
37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	OUI	NON
38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	OUI	NON
39	J'ai perdu de la force, du punch	OUI	NON
40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	OUI	NON
41	Je dors plus	OUI	NON
42	Je tousse plus souvent	OUI	NON
43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	OUI	NON
44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs	OUI	NON
45	Je m'irrite plus facilement	OUI	NON
46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	OUI	NON
47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	OUI	NON
48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles	OUI	NON
49	C'est ma faute si je réussis moins bien	OUI	NON
50	J'ai les jambes lourdes	OUI	NON
51	J'égare plus facilement les objets (clefs, etc..)	OUI	NON
52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	OUI	NON
53	Je maigris	OUI	NON
54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	OUI	NON

**Interprétation : Réponse « OUI » à plus de 20 items = sujet à risque de surentraînement (notamment en présence de troubles du sommeil et de l'appétit)**

# CERTIFICAT MEDICAL de "PERFORMANCE"

*(rédigé par le médecin du sport après avoir complété le dossier médical de performance)*

La présentation du certificat médical de performance dûment rempli est obligatoire lors des compétitions dont le niveau l'exige, ***faute de quoi le gymnaste n'est pas autorisé à y participer.***

Je, soussigné/e, Dr : \_\_\_\_\_

**Certifie avoir examiné et complété le dossier médical de performance de**

**Mr, Me, Mlle \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_\_**

**L'examen n'a pas révélé de contre-indication à la pratique de la gymnastique « de performance » dans la discipline suivante : \_\_\_\_\_**

**Certificat valable 1 an sur la saison sportive 20- - / 20- - \_\_\_\_\_**

Signature du Médecin ayant effectué l'examen médical et établi le dossier médical "performance"

**Date :**

**Cachet Professionnel et Signature**