

A l'attention
Des sportifs de Haut Niveau, Espoirs et Collectifs Nationaux

Objet :
Dossier pour la surveillance médicale réglementaire - 2024

Paris, le 19 janvier 2024

Cher(e) ami(e),

Tu es inscrit sur les listes ministérielles des sportifs de haut niveau, espoirs et collectifs nationaux 2024. Tu es de ce fait soumis à une Surveillance Médicale Réglementaire (SMR) obligatoire pour tes sélections en compétition et stage ; prise en charge par le ministère des sports. Cette surveillance vise à préserver au mieux ta santé au regard de ta pratique intensive et de surveiller ou détecter un élément de ton handicap qui pourrait altérer tes performances.

A ce titre, tu trouveras ci-joint, le suivi médical réglementaire comprenant le socle commun d'examens fixé par le ministère, et enrichi par la commission médicale nationale de notre Fédération.

Il comprend :

- Une **consultation de médecine du sport** qui devra être effectuée par un médecin diplômé en médecine du sport, comprenant :
 - L'examen clinique. Les pages de 1 à 3 sont à compléter par toi, les autres pages par le médecin du sport.
 - L'analyse des 2 auto-questionnaires (diététique, surentrainement)
 - Suivi santé psychique (guide d'entretien INSEP)
 - Un électrocardiogramme de repos
 - Un bilan biologique à réaliser avant ta consultation de médecine du sport.
- ⇒ Une fiche de synthèse est à remplir par le médecin avec les résultats de tous ces éléments
- Une consultation dentaire avec certificat justifiant que tu es suivi(e).

Nous avons retravaillé le contenu du SMR pour être le plus exhaustif et t'accompagner au mieux dans ta recherche de performance. Nous sommes à ta disposition si tu as des questions ou remarques, si tu as besoin d'être orienté vers un centre expert. Un temps d'échange entre le Dr Claire Delpouve nouvellement nommé et l'ensemble de ta discipline sera prochainement organisé pour te présenter ce bilan plus en détail.

Une épreuve d'effort cardio respiratoire (VO2max) est à réaliser tous les 4 ans ⁽¹⁾. Si tu ne sais pas où effectuer ce test tu peux demander une liste d'adresses (non exhaustive) avec plateaux techniques adaptés à l'adresse smr@handisport.org

Une échocardiographie du cœur de dépistage⁽²⁾ est à effectuer à l'entrée sur les listes. Selon l'avis de ton cardiologue, si tu as un suivi spécifique, cet examen sera à réitérer par la suite dans le cadre de ce suivi (prise en charge CPAM)



Procédure à suivre :

Le jour de ta consultation médicale auprès du médecin du sport, il te faudra lui apporter le document à compléter (consultation de médecine du sport sans oublier de compléter les pages 1, 2 et 3 en amont) ainsi que les 2 auto-questionnaires (diététique et surentrainement) et le guide d'entretien du suivi psychologique et tous les autres examens demandés. N'oublie pas de faire ta prise de sang avant la consultation.

Si tu effectues ton suivi en structure (Pôle, CREPS, ...), merci de donner ce dossier au service médical et une fois finalisé, nous transmettre l'ensemble des documents du SMR.

Le tout sera à nous retourner une fois complet au plus tard le 31 mars 2024.

Important

Les dossiers incomplets ne seront pas transmis au médecin coordonnateur pour validation.

Si tu te trouves en difficulté pour nous retourner ton suivi dans le délai, fais-le nous savoir rapidement par mail smr@handisport.org

Transmission du SMR complet :

Les résultats seront à envoyer :

- par courrier :

Fédération Française Handisport
Dr Claire Delpouve - Commission médicale nationale
42 rue Louis Lumière
75020 Paris

ou

- par mail en fichier PDF à l'adresse smr@handisport.org

- Scanne les documents au format PDF
- Scanne les documents dans le bon sens de lecture
- Nomme les documents en y indiquant nom suivi du prénom + nom de l'examen
 - Si document en un seul fichier :
Exemple : MartinCarole_smr.pdf
 - Si en plusieurs fichiers indiquer nom prénom et l'intitulé de l'examen
Exemple : MartinCarole_dentaire.pdf

Dans les 2 cas, conserve toujours une copie du bilan annuel complet.



Si des anomalies sont relevées, nous te communiquerons la conduite à tenir et te demanderons de nous adresser systématiquement les résultats des examens complémentaires.

La commission médicale reste à ta disposition pour toutes informations complémentaires.

Amitiés sportives.

Docteur Frédéric Rusakiewicz
Médecin fédéral national

Dr Claire Delpouve
Médecin coordonnateur du
Suivi médical réglementaire



Nous attirons ton attention sur les points suivants :

PRISE EN CHARGE :

Concernant les frais engendrés pour ce suivi, seuls les examens demandés dans ce SMR 2024 seront pris en charge.

Consulte le document joint pour la fréquence et prise en charge « Doc InfoMed »

PROCEDURE DE REMBOURSEMENT :

Deux possibilités s'offrent à toi :

- Soit, le praticien envoie directement la facture à la Fédération
- Soit, tu fais l'avance des frais et ensuite la fédération te rembourse.

Si tu fais une avance de frais, complète ta fiche de frais en y joignant :

- Les factures d'honoraires acquittées, avec la **mention « feuille de soins non délivrée »**
- Ton RIB (avec IBAN)

Dans les deux cas, le remboursement des factures se fait seulement à la réception de la facture et des résultats. Aucun remboursement ne sera fait si les résultats ne sont pas en notre possession.

Aucune prise en charge concernant les frais de déplacements liés au suivi et frais de timbre.

N'hésite pas à nous solliciter pour toute demande en lien avec ta santé.

- Dr Claire Delpouve, médecin coordonnateur du suivi médical réglementaire c.delpouve@handisport.org
- Le médecin de ta discipline, demande ses coordonnées au directeur sportif ou auprès la commission médicale nationale medical@handisport.org
- Dr Frédéric Rusakiewicz, médecin fédéral national f.rusakiewicz@handisport.org

Pour faire un point sur la mise à jour de ton suivi médical réglementaire :

Karine Kuznicki, assistante de la Commission Médicale Nationale
medical@handisport.org

Le suivi médical réglementaire (SMR) des sportifs de haut niveau, Espoirs et collectifs nationaux

CONSULTATION DE MEDECINE DU SPORT

Comprenant les 2 auto-questionnaires diététique et surentrainement à compléter par tes soins et l'examen clinique réalisé par le médecin du sport. Joindre impérativement le guide d'entretien psychologique au médecin. A la demande du médecin du sport et sous sa responsabilité, **les bilans psychologique et diététique mentionnés, peuvent être effectués respectivement par un psychologue clinicien ou un diététicien.**

Il faut apporter tous les autres examens demandés dans le bilan annuel pour cette consultation (c'est-à-dire remplir les parties réservées au sportif et apporter le bilan biologique)

ELECTROCARDIOGRAMME DE REPOS (ECG)

Il peut être réalisé lors de la consultation de médecine du sport, le préciser au moment de ta prise de rendez-vous. Si ce n'est pas réalisable, prendre rendez-vous chez un cardiologue. L'ECG consiste en l'enregistrement de l'activité électrique du muscle cardiaque (myocarde). Il permet de calculer la fréquence cardiaque et de détecter des troubles du rythme ou de la conduction, ou des défauts d'oxygénation du cœur.

BILAN BIOLOGIQUE (à jeun)

Une fois par an, examen biologique : NFS plaquettes, Ferritinémie, Réticulocytes, Na⁺, K⁺, Dosage de la vitamine 25OHD3, clairance de la créatinémie, urée, glycémie à jeun, ferritinémie, calcémie, un examen cytot bactériologique : protéinurie, glycosurie, hématurie, Nitrites.

EXAMEN DENTAIRE

A effectuer une fois par an.

L'examen clinique est pris en charge à hauteur de 25 euros. Si des soins sont décelés ou effectués, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils doivent être effectués.

Ce bilan est indispensable car en tant que sportif de haut niveau, tu as un risque plus élevé de caries ou d'érosions dentaires.

(2) ECHOGRAPHIE DU COEUR DE DEPISTAGE

A faire pratiquer par un cardiologue, **une seule fois** pour toute ta carrière sportive, sauf si elle a été faite avant tes 15 ans ou que tu as une pathologie nécessitant un suivi cardiaque.

Dans ce cas il faudra au minimum refaire une échographie à tes 18 ans puis selon la fréquence déterminée par ton cardiologue.

L'**échographie cardiaque** est prescrite pour prévenir ou déceler, entre autres, l'insuffisance cardiaque, une malformation cardiaque, une valvulopathie (maladie des valves cardiaques).

(1) EPREUVE D'EFFORT CARDIO RESPIRATOIRE AVEC MESURE DES ECHANGES GAZEUX

Ta première épreuve d'effort doit être faite au moment de ton arrivée sur les listes ministérielles. Ensuite il faudra la renouveler tous les 4 ans. L'épreuve d'effort maximale cardio-respiratoire, ou VO2 max, permet d'évaluer les capacités d'un individu à l'effort.

En cas d'impossibilité de réalisation, un autre examen pourra être demandé pour évaluer ton risque ischémique à l'effort. N'hésite pas à demander la liste des centres possédant des ergomètres adaptés.

***BILAN OPHTALMOLOGIQUE** – discipline concernée systématiquement à l'entrée sur liste, le ski alpin, ski nordique et snowboard, puis annuellement pour le ski alpin et snowboard, sauf dispense par le médecin coordonnateur ou médecin fédéral national.

NATURE DES EXAMENS	PERIODICITE	PRISE EN CHARGE DES EXAMENS
Consultation de médecine du sport, comprenant 2 auto-questionnaires et un entretien psychologique.	Annuellement	1 fois par an pour la consultation de médecine sportive.
Electrocardiogramme de repos	Annuellement	1 fois par an
Bilan biologique et urinaire	Annuellement	1 fois par an
Examen dentaire	Annuellement	1 fois par an, à hauteur de 25 euros pour le bilan, aucune de prise en charge sur les soins.
Epreuve d'effort ⁽¹⁾	La première année et après tous les 4 ans	Tous les 4 ans
Echographie du cœur de dépistage ⁽²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Au moment de ta première inscription sur liste - Si cet examen est effectué avant tes 15 ans il sera à renouveler entre tes 18 et 20 ans 	<p>1 fois si tu as au moins 18 ans à ta première inscription.</p> <p>Une deuxième fois si cet examen est effectué avant tes 15 ans.</p>
- Bilan ophtalmologique (pour le ski alpin - ski nordique et snowboard)	Systématiquement à l'entrée sur liste, puis annuellement pour le ski alpin et le snowboard sauf dispense par le médecin coordonnateur ou du médecin fédéral national	<ul style="list-style-type: none"> - A la première entrée sur liste : pour tous les sports d'hiver Ensuite : - Tous les ans : mais uniquement pour le ski alpin et snowboard.

Les athlètes inscrits sur les listes ministérielles des sportifs de haut niveau, espoirs et collectifs nationaux, sont soumis à une surveillance médicale réglementaire (SMR). Ce SMR a pour objectif de prévenir tout risque sanitaire lié à la pratique intensive d'activités physiques et sportives. **Il est obligatoire et nécessaire pour que le ministère des sports valide votre statut sur liste et que la direction technique nationale valide votre sélection.**

Les fédérations sportives ont l'obligation d'organiser cette surveillance médicale réglementaire. Dans ce cadre, la commission médicale nationale (CMN) de la Fédération Française Handisport est chargée de planifier et de mettre en place le SMR tout en prenant en compte les spécificités liées aux handicaps.

La partie interrogatoire est à préremplir seul ou avec aide, les items incompris seront à compléter avec le médecin.

Réaliser le bilan biologique avant la consultation de médecine du sport et apporter les résultats lors de cette consultation.

Une fiche individuelle de synthèse de l'ensemble des examens est jointe à ce courrier, à faire remplir et signer par le ou les médecins et à renvoyer par vos soins à la fédération française handisport.

Pour toute question : smr@handisport.org

Nous vous recommandons de conserver une copie de votre dossier médical complet

- A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN DU SPORT -

Dossier à retourner avant le **31/03/2024**

CONSULTATION DE MEDECINE DU SPORT 2024

PAGE 1 – A COMPLETER PAR LE SPORTIF

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sport pratiqué :
Classification :	
Catégorie haut niveau : <input type="checkbox"/> Elite <input type="checkbox"/> Senior <input type="checkbox"/> Relève <input type="checkbox"/> Espoirs <input type="checkbox"/> Collectifs nationaux	
Handicap :	Depuis le :
Profession :	Etudiant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Médecin traitant :	Téléphone :
Médecin référent Handicap :	Téléphone :
Personne à contacter en cas d'urgence :	Tél :

A COMPLETER A LA PREMIERE INSCRIPTION	Ou seulement si changement depuis ton dernier bilan
Adresse :	
.....	
CP :	Ville :
Tél. domicile :	Tél portable :
E-mail :	

INTERROGATOIRE
<p>Pathologie / handicap (avec année de début et date de dernière consultation avec le ou les spécialistes)</p> <p>Matériel utilisé avec année d'acquisition (orthèse/prothèse/fauteuil/coussin/assistance électrique, etc.) :</p> <p>Mode de vie, autonomie toilette, habillage, présence d'une aide de vie :</p>
<p>Antécédents médicaux et chirurgicaux liés ou non liés au handicap</p> <p>Utilisation d'un dispositif médical (exemples, pompe à baclofène, insuline, implant cochléaire...) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser :</p> <p>Allergies :</p> <p>Antécédents familiaux :</p>
<p>Vaccinations ou copie du carnet : Groupe Sanguin :</p> <p>DTP Grippe</p> <p>Hépatite B..... Covid 19</p> <p>Autres</p>
<p>Traitement en cours : en cas de traitement, vérifier si besoin d'une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques sur le site de l'Agence Française de lutte contre le dopage. https://medicaments.afld.fr</p> <p>AUT demandée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, demande faite le :</p> <p>AUT acceptée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, acceptée le : Date de fin de Validité :</p> <p>Prise de compléments alimentaires : Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui lesquels (attention une norme afnor affichée ne protège pas à 100%)</p>

Pathologie ou blessure depuis le dernier bilan / Evènements durant l'année écoulée

Y a-t-il eu des évolutions ou modifications de votre handicap : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts sportifs pour raison(s) médicale(s) : Oui Non

Si oui, pour quel motif :

Pour quelle durée ?

Avez-vous des interventions chirurgicales à venir : Oui Non

Si oui lesquelles ?

Suivi vésico-sphinctérien

Mode de miction (si sondage préciser la fréquence) :

Date du dernier bilan urodynamique si vessie neurologique :

Avez-vous des fuites urinaires : Oui Non

A quelle fréquence :

Suivi gynécologique

Avez-vous des fuites urinaires pendant l'effort (même rares ou minimes) : Oui Non

A quelle fréquence :

Date des premières règles :

Cycles irréguliers : Oui Non

Règles douloureuses : Oui Non

Pertes sanguines abondantes : Oui Non

Prise de poids ou fatigue avant les règles : Oui Non

Absence de règle supérieur à 3 mois : Oui Non

Contraception orale : Oui Non

Doléances

Avez-vous des douleurs ? Oui Non

Souhaitez-vous aborder un sujet avec le médecin ? Oui Non

Si oui, lequel :

A COMPLETER PAR LE MEDECIN
EXAMEN CLINIQUE

EXAMEN CLINIQUE MORPHO-STATIQUE ET APPAREIL LOCOMOTEUR	
Noter toutes déformations articulaires et toutes les amplitudes articulaires altérées (première consultation ou si modification)	
Poids de forme :	Poids actuel :
Poids sans prothèse :	Pesée impossible :
Pourcentage de masse grasse :	Méthodes :
Rachis : présence d'une scoliose ou déformation scoliothique, hyperlordose/hypercyphose/raideur, pectus excavatum, lyse isthmique connue ou suspectée :	
Statique du bassin ou trouble postural :	
Verticalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Périmètre de marche avec ou sans aide :	
Membres inférieurs, moignons, analyse podoscopie :	
Membres supérieurs :	
Ceinture scapulaire :	
EXAMEN CLINIQUE NEUROLOGIQUE	
En cas de lésion médullaire : préciser le dernier score ASIA connu :	
Préciser si modification sensitive ou motrice :	
Pour les autres lésions neurologiques, signaler toute modification sensito-motrice :	
Spaticité, localisation :	
Troubles de déglutition : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Troubles cognitifs associés :	
Athétose <input type="checkbox"/> Syndrome cérébelleux <input type="checkbox"/> Dyskinésie <input type="checkbox"/> Tremblements <input type="checkbox"/> Dystonie <input type="checkbox"/>	
Epilepsie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui date EEG :	
Date dernière crise :	
EXAMEN CLINIQUE CARDIO-VASCULAIRE	
TA (droite) :	FC :
TA (gauche) :	Saturation au repos :
Auscultation :	
Pouls périphériques :	
Varices des membres inférieurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Antécédents de phlébites : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Electrocardiogrammes annuel : date :	
Interprétation :	
Joindre le tracé ou compte rendu	

EXAMEN CLINIQUE PULMONAIRE	
Auscultation :	
Signes fonctionnels à l'effort :	
Allergie respiratoire :	Infections saisonnières (fréquence) :
Consommation tabagique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nombre par jour :
Consommation cannabis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A quelle fréquence :
EXAMEN CLINIQUE DIGESTIF	
Transit (régulier ou non, mode de défécation, présence de fuites) :	
Reflux, gastralgies :	
Troubles fonctionnels lors de la pratique sportive : Dyspepsie ou impossibilité de manger, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée ... :	
Recherche de hernie :	
Palpation abdominale :	
EXAMEN CLINIQUE VESICO-SPHINCTERIE ET GYNECOLOGIQUE	
Fuites urinaires au repos : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Fuites urinaires à l'effort : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Troubles menstruels : - Règles abondantes ou douloureuses : - Signes prémenstruels : - Aménorrhée > 3 mois :
EXAMEN CLINIQUE DERMATOLOGIQUE	
Escarre ou rougeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Localisation :
Cicatrice d'escarre : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Localisation :
Cicatrice post-opératoire adhérente ou douloureuse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
EXAMEN CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE :	
Voit les formes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Voit la lumière : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Acuité visuelle : OD : OG :	
Correction : OD : OG :	
Suivi santé psychique (guide d'entretien INSEP joint)	
Suivi psychologique conseillé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Difficultés repérées :	
ENTRETIEN DIETETIQUE (auto-questionnaire transmis au sportif et à présenter le jour de la consultation)	
Suivi conseillé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dépistage de trouble alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui lequel :
Conseil nutritionnel personnalisé :	

RESULTATS BILAN BIOLOGIQUE

Anomalie sang :

Anomalie urinaire :

Supplémentation fer recommandée : Oui Non

Supplémentation Vitamine D recommandée : Oui Non

Examens complémentaires recommandés :

DEPISTAGE D'UN ETAT DE SURENTRAINEMENT (auto-questionnaire transmis au sportif et à présenter le jour de la consultation)

Questionnaire de surentrainement :/20

Examens complémentaires recommandés :

Conclusions des examens cliniques :

Examens complémentaires recommandés : Oui Non

Lesquels :

Date :

**Cachet du praticien (médecin du sport obligatoire)
Nom du praticien**

Dr.....

Signature du praticien

UM de Médecine, traumatologie du sport et des activités physiques,
recherche clinique en exercice – CHU de GRENOBLE

ENQUETE DIETETIQUE

NOM :

Prénom :

Date :

1- LES REPAS

Dans une semaine vous prenez :

- | | Jamais | Tous les jours | Autre. Précisez | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| • Petit-déjeuner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |jours/sem | |
| • Déjeuner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |jours/sem | |
| • Dîner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |jours/sem | |
| • Collation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |jours/sem | |
| | | | Matin <input type="checkbox"/> | Après-midi <input type="checkbox"/> |
| | | | Soir <input type="checkbox"/> | |
| • Grignotage | <input type="checkbox"/> | parfois <input type="checkbox"/> | régulier <input type="checkbox"/> | A quelle heure dans la journée ?..... |

2- L'HYDRATATION

Chaque jour (repas compris) vous buvez :

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------|
| • Eau plate, gazeuse (tisanes) | <input type="checkbox"/> | jamais | <input type="checkbox"/> | < 1/2 l | <input type="checkbox"/> | 1/2 à 1 l | <input type="checkbox"/> | > 1 litre |
| • Boissons sucrées (sirop, sodas, jus de fruits) | <input type="checkbox"/> | jamais | <input type="checkbox"/> | < 1 verre | <input type="checkbox"/> | 1 à 2 verres | <input type="checkbox"/> | > 2 verres |
| • Boissons alcoolisées | <input type="checkbox"/> | jamais | <input type="checkbox"/> | < 1 verre | <input type="checkbox"/> | 1 à 2 verres | <input type="checkbox"/> | > 2 verres |
| • Thé/café | <input type="checkbox"/> | jamais | <input type="checkbox"/> | < 1 tasse | <input type="checkbox"/> | 1 à 3 tasses | <input type="checkbox"/> | > 3 tasses |
| • Vous buvez : | <input type="checkbox"/> | pendant les repas | <input type="checkbox"/> | Entre les repas | <input type="checkbox"/> | Pendant l'entraînement | | |

3- COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ-VOUS ?

- **Des produits laitiers :**
Lait/yaourts/fromage blanc/petits suisses.fois/jour
Fromages secsfois/jour
Crème dessert, flan...fois/jour
- **Des viandes/poissons/oeufs/jambon**fois/jour
- **Des féculents, autre que le pain :** pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs...fois/jour
- **Pain ou biscottes**tranches
- Des fruitsfois/jour
- Des légumes crus ou cuitsfois/jour

Avez-vous l'habitude de cuisiner « léger » (peu d'huile, de beurre, de crème) oui non

4- COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE MANGEZ-VOUS ?

- | | 0 | ≤ 1 | 2 à 4 | > 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Des sucreries (bonbons, glaces, barres chocolatées...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Des viennoiseries, pâtisseries | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Restauration rapide (sandwich, croque-monsieur, fast-food, quiches...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Des charcuteries (saucisson, pâté...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fritures, plats en sauce... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**UM de Médecine, traumatologie du sport et des activités physiques,
recherche clinique en exercice – CHU de GRENOBLE**

5- PENDANT LE SPORT

- **Vous buvez :** (précisez la nature et la quantité)

Eau : Nature : Quantité :l/heure
 Boissons sucrées : Nature : Quantité :l/heure
 Boissons énergétiques : Nature : Quantité :l/heure

- **Vous mangez :** (précisez la nature et la quantité).....
.....
.....

6- COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

- Comment qualifiez-vous votre appétit (bon, moyen, petit, irrégulier, etc...)?.....
- Comment qualifiez vous votre type d'alimentation (variée, équilibrée, riche en féculents, en protéines, végétarienne, végétalienne, etc...) ?
- Etes-vous en cours de régime ?..... Si oui, lequel ?.....
- Avez-vous déjà fait des régimes antérieurs ?..... Si oui, combien ?.....
- Y-a-t-il des aliments exclus de votre alimentation ?.....
- Changez-vous votre alimentation en fonction des objectifs sportifs ? oui non
- Avez-vous besoin de surveiller votre alimentation en permanence ? oui non
- Pensez-vous que la nourriture est une préoccupation constante dans votre vie ? oui non
- Avez-vous la sensation d'avoir perdu le contrôle de votre alimentation ? oui non

7- LE POIDS ET LE CORPS

- Quel serait, à votre avis, votre poids idéal ?.....
- Quel a été votre poids maximum ?.....
- Quel a été votre poids en fin croissance ?.....
- De combien de kilos, votre poids fluctue dans l'année ou dans la saison sportive?.....
- Avez-vous la sensation d'avoir perdu le contrôle de votre poids ? oui non
- A quelle fréquence vous pesez-vous ? tous les jours 1 fois/sem. 1 fois/mois beaucoup plus rarement
- Comment percevez-vous votre corpulence ? très satisfait plutôt satisfait plutôt insatisfait Très insatisfait
- Vous a-t-on déjà fait des remarques sur votre corpulence ?.....

SOUHAITEZ-VOUS RENCONTRER UNE (UN) DIETITICIENNE ? oui non

SOUHAITEZ-VOUS RENCONTRER UNE (UN) PSYCHOLOGUE ? oui non

CONCLUSION du médecin examinateur :

RDV à prévoir avec la diététicienne OUI NON
Objectif :.....

RDV à prévoir avec la psychologue OUI NON
Objectif :.....

A compléter par le sportif avant la consultation de médecine du sport et à remettre au médecin



Questionnaire de dépistage du surentraînement de la SFMS
(Société Française de Médecine du Sport)
2024

Nom : Prénom :

Date du jour :

Date de naissance :

Quelle est votre profession ?

Si vous êtes étudiant, êtes-vous en période d'examens ? OUI NON

Quelle est votre discipline sportive principale ?

Niveau de pratique ? International ou National ou Régional ou Départ ou Loisir

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

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

Ce dernier mois :

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 baille dans la journée	OUI	NON
11	Les séances me paraissent trop rapprochées	OUI	NON
12	Mon désir a diminué	OUI	NON
13	Je fais de 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)

Présence de signes de surentraînement
Score :
oui / non



Guide d'entretien psychologique (INSEP)

1. DIFFICULTES DE SOMMEIL (Endormissement, réveil précoce, réveils nocturnes, somnolence)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
2. TROUBLES DE L'ALIMENTATION (Perte ou augmentation de l'appétit, excès boulimiques)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
3. DIFFICULTES DE MEMOIRE , DE CONCENTRATION, DE L'ATTENTION	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
4. PRESENCE DE PEURS OU D'ANGOISSES SUFFISAMMENT IMPORTANTES POUR MODIFIER LE COMPORTEMENT	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
5. TROUBLES DE L'HUMEUR (Tristesse, euphorie)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
6. TROUBLES DES EMOTIONS (Froidueur affective, indifférence, hyperémotivité)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
7. EXISTENCE OU APPARITION D'UN COMPORTEMENT GÊNANT (Agitation, irritabilité, impulsivité, TOC ...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
8. PRESENCE DE TROUBLES DE LA PERCEPTION (hallucinations) ET D'IDEES DELIRANTES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
9. DIFFICULTES SOCIALES (Famille, couple, groupe, rapport à l'entraîneur, scolarité, vie professionnelle)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
10. TROUBLES DES DIFFERENTES FORMES D'EXPRESSION (Communication orale, écrite, gestuelle)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
11. PRISE DECLAREE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Alcool	jamais <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>	
Tabac	jamais <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>	
Cannabis et dérivés	jamais <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>	
Amphétamines et dérivés	jamais <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>	
Cocaïne et dérivés	jamais <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>	
Héroïne et dérivés	jamais <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>	
12. SUIVI SUR LE PLAN EDUCATIF PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
13. PRISE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
14. ANTECEDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
15. CONCLUSION
Signal d'appel : Commentaires :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Evaluation psychologique : Le sportif présente une ou plusieurs difficultés psychologiques :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Commentaires :		

➤ Identification et signature du praticien

BILAN BIOLOGIQUE 2024

**A effectuer avant la consultation médicale du sport
et à apporter au médecin**

Il est nécessaire d'**être à jeun**.

..... est sur les listes ministérielles des sportifs de la Fédération Française Handisport.

A ce titre, cette dernière prend en charge les frais d'examens biologiques suivants :

Bilan sanguin :

- NFS PLAQUETTES
- RETICULOCYTES
- FERRITINEMIE
- CALCEMIE
- Na+
- K+
- CLAIRANCE DE LA CREATINEMIE
- UREE
- GLYCEMIE A JEUN
- DOSAGE DE LA VITAMINE 250HD3

Bandelette urinaire :

- PROTEINURIE
- GLYCOSURIE
- HEMATURIE
- NITRITES

Attention

Sans accord de prise en charge par la FFH, tous les examens rajoutés seront à la charge de l'athlète.

Résultats - facturation

- Original de l'examen à adresser au patient.
- Facture et double des résultats sont à adresser par le laboratoire à l'adresse suivante :

Fédération Française Handisport
Dr Claire Delpouve
Médecin coordonnateur du suivi médical réglementaire
Commission Médicale Nationale
42 Rue Louis Lumière – 75020 PARIS

SYNTHESE DE LA CONSULTATION MEDICALE 2024
(Examens à réaliser avant le 31/03/2024)

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Handicap :

Classification :

Club :

Consultations /Examens	Dates	Interprétations	Signature et Cachet du médecin
Consultation médecine du sport : - Questionnaire clinique complété par le sportif - Examen clinique réalisé par un médecin du sport sur le document envoyé (Joindre impérativement le document)		L'examen médical : <input type="checkbox"/> Est sans particularité <input type="checkbox"/> Présente des particularités : Précisez :	
Bilan diététique Auto-questionnaire à compléter par le sportif		Le bilan diététique <input type="checkbox"/> Est sans particularité <input type="checkbox"/> Nécessite un suivi diététique	
Suivi santé psychique (Si besoin compte-rendu sous pli confidentiel adressé au Dr Delpouve/Dr Rusakiewicz, FFH)		Le suivi psychologique : <input type="checkbox"/> Est sans particularité <input type="checkbox"/> Nécessite un suivi psychologique	
Questionnaire de surentraînement Auto-questionnaire à compléter par le sportif		Score :/54	
Électrocardiogramme de repos Renvoyer impérativement le tracé interprété		L'Électrocardiogramme : <input type="checkbox"/> Est sans particularité <input type="checkbox"/> Nécessite un avis cardiologique	
Biologie sanguine Joindre le résultat		La biologie <input type="checkbox"/> Est normale <input type="checkbox"/> Présente l'anomalie suivante :	

EXAMEN CLINIQUE DENTAIRE
2024

(Résultats à nous retourner avant le 31 mars 2024)

..... est inscrit(e) sur les listes ministérielles des sportifs de la Fédération Française Handisport.

A ce titre, cette dernière prend en charge uniquement les frais du bilan dentaire.
Les soins restent à la charge de l'athlète.

COMMISSION MÉDICALE

42 rue Louis Lumière
75020 PARIS

Tél. 01 40 31 45 28
Fax. 01 40 31 45 42

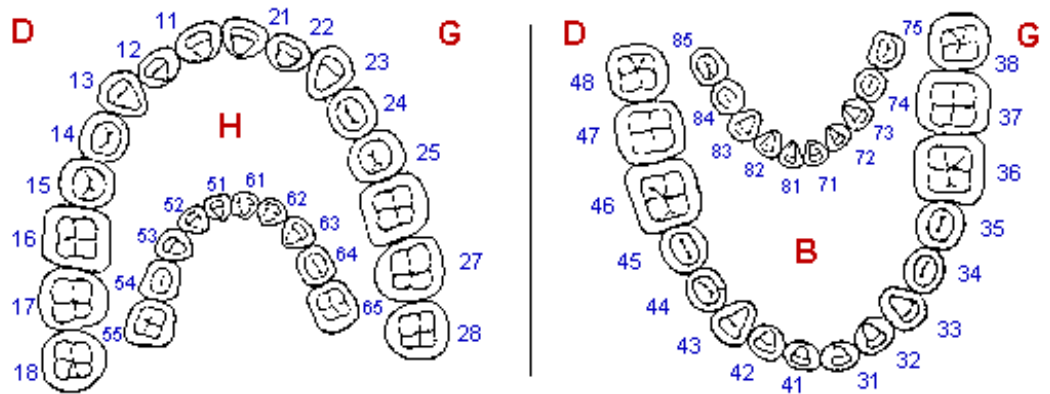
medical@handisport.org
www.handisport.org

Fédération reconnue
d'Utilité Publique
J.O du 25 juin 1983

Délégation du Ministère
des Sports

Dr Claire Delpouve
Médecin coordonnateur du
suivi médical réglementaire

EXAMEN CLINIQUE DENTAIRE



N° des dents à faire soigner :

Fournir un certificat de suivi dentaire.

Date :

Nom du praticien
(Cachet et signature)

Attention

Pas de prise en charge des radios, seule l'examen clinique à hauteur de 25 euros fait l'objet d'une prise en charge fédérale. Si des soins sont décelés et effectués, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils doivent être réalisés.

Résultats et facturation

- Original de l'examen à adresser au patient et le double à nous retourner.
- Intitulé de la facture :
Fédération Française Handisport
Dr Claire Delpouve - Médecin coordonnateur du suivi médical réglementaire
Commission Médicale Nationale
42 Rue Louis Lumière – 75020 PARIS
- Indiquer le nom du sportif pour lequel vous facturez