

A l'attention
Des sportifs de Haut Niveau, Espoirs et Collectifs Nationaux
Objet :
Dossier pour la surveillance médicale réglementaire – 2026
SPORTS D'ETE

Paris, le 14 janvier 2026

Cher(e) ami(e),

Tu es inscrit(e) sur les listes ministérielles des sportifs de haut niveau, espoirs et collectifs nationaux pour la saison 2026. À ce titre, tu es soumis(e) à une **Surveillance Médicale Réglementaire (SMR)** obligatoire, condition indispensable pour tes sélections en compétition et en stage. Cette surveillance, prise en charge par le ministère des Sports, a pour objectif de préserver au mieux ta santé au regard de ta pratique intensive, mais aussi, de surveiller ou détecter un élément de ton handicap qui pourrait altérer tes performances.

Tu trouveras ci-joint le **dossier de suivi médical réglementaire**, qui comprend le socle commun d'examens défini par le ministère, enrichi par la Commission Médicale Nationale.

Ce suivi comprend :

- **Une consultation de médecine du sport**, à réaliser auprès d'un médecin diplômé en médecine du sport, incluant :
 - Un examen clinique (les pages 1 à 3 sont à remplir par toi-même, les suivantes par le médecin du sport),
 - L'analyse de deux auto-questionnaires (diététique et surentraînement),
 - Un entretien Suivi santé psychique (guide d'entretien INSEP),
 - Un électrocardiogramme de repos.
 - Une fiche de synthèse est à compléter par le(s) médecin(s), regroupant les résultats de l'ensemble de ces examens.
- **Un bilan biologique**, à effectuer **avant** la consultation de médecine du sport et pense à lui remettre le protocole de correction de la carence en vitamine D joint.
- **Un bilan dentaire.**
- **Une épreuve d'effort cardio-respiratoire (VO2max)**, à réaliser tous les 4 ans.
- **Une échocardiographie du cœur de dépistage**, obligatoire 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 (dans ce cas prise en charge CPAM)

Le jour de ta consultation auprès du médecin du sport, pense à apporter :

- Le document « **Consultation de médecine du sport** », les pages 1 à 3 déjà complétées, si tu as du mal à répondre à certaines questions, le finaliser avec le médecin du sport,
- Les deux auto-questionnaires (diététique et surentraînement),
- Le guide d'entretien du suivi psychologique (à compléter le jour du rendez-vous avec le médecin du sport),
- Les résultats de ta prise de sang et de tous les examens complémentaires. *Pense à apporter le protocole de supplémentation en vitamine D joint à ce courrier*

Si tu réalises ton suivi dans une structure (Pôle, CREPS, etc.), merci de transmettre ce dossier au service médical concerné.

Le dossier médical devra être complet et **déposé au plus tard le 1^{er} juin 2026** sur la plateforme de suivi réglementaire **Askamon**.

Nous te conseillons d'organiser tes rendez-vous dès réception de ce bilan, n'attend pas la dernière minute pour les prendre.

Lorsque tu déposeras tes documents, merci de respecter l'emplacement prévu pour chaque examen.

En cas de difficulté pour compléter ce suivi dans les délais (retard de rendez-vous, contrainte médicale, etc.), contacte-nous rapidement à l'adresse suivante : **smr@handisport.org**, en précisant tes dates de rendez-vous ou les raisons de ton empêchement.

Tu pourras suivre l'avancement des validations par le médecin coordonnateur directement dans ton espace personnel Askamon.

La Commission Médicale Nationale reste à ta disposition pour toute information complémentaire.

Amitiés sportives.



Docteur Frédéric Rusakiewicz
Médecin fédéral national



Dr Claire Delpouve
Médecin coordonnateur de la
Surveillance médicale réglementaire

PRISE EN CHARGE DES FRAIS

Concernant les frais associés à ce suivi médical, seuls les examens requis pour le SMR 2026 seront pris en charge. Consulte le document joint "Doc InfoMed" pour les détails sur la fréquence et la prise en charge des examens.

Procédure de remboursement :

A privilégier :

1- Envoi direct de la facture et relevé d'identité bancaire par le praticien à la fédération à : facturation.smr@handisport.org libellé au nom de la fédération.

2- Si tu es dans l'obligation de faire une avance des frais :

Te connecter sur le lien suivant pour faire ta demande de remboursement :

<https://handisport.ilucca.net/> avec tes codes d'accès personnel,

(Si tu n'as pas reçu tes codes d'accès, demande à ton responsable de discipline d'en faire la demande auprès du service comptable de la fédération qui te les fera parvenir) et procéder à la demande.

Rappel de la procédure :

- Cliquer sur : Créer une nouvelle dépense
- Cliquer sur : importer un justificatif (scanner ou photographier le reçu/facture avant)
- Renseigner les champs :
 - a. Nature : menu déroulant, choisir : frais suivi médical réglementaire
 - b. Montant et date de la dépense
- Renseigner la Disciplines : menu déroulant, choisir : Médical
- Renseigner le code Analytique : menu déroulant, choisir : SMR H.N.
- Lieu et date de déplacement : à compléter
- Commentaire : à compléter si besoin, sinon indiquer « RAS ».

Si vous avez bien complété toutes ces étapes, cliquer sur : Enregistrer la dépense

Dans le cas de plusieurs dépenses à déclarer, renouveler l'opération en cliquant sur : Créer une nouvelle dépense.

Si vous avez enregistré toutes vos dépenses : cliquer sur :

- Préparer la note de frais
- Déclarer les dépenses
- Déclarer mes notes de frais

Aucun paiement ni remboursement ne sera effectué sans la réception préalable des résultats des examens, lesquels devront être enregistrés sur le logiciel de suivi Askamon.

Aucune prise en charge n'est prévue pour les frais de déplacement pour effectuer le SMR.

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. Tous les résultats des examens demandés seront à enregistrer par vos soins sur votre web patient <https://pda.askamon.com/login>

Pour toute question sur le suivi : smr@handisport.org

- A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN DU SPORT -
(Idéalement également médecin de médecine physique et de réadaptation)
avant le **1^{er} juin 2026**

**EXAMEN CLINIQUE – 2026-
CONSULTATION DE MEDECINE DU SPORT**

PAGE 1 – A COMPLETER PAR LE SPORTIF

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

A COMPLETER A LA PREMIERE INSCRIPTION	
Adresse :	
CP :	Ville :
Tél. domicile :	Tél portable :
E-mail :	
Si des changements sont intervenus depuis ton dernier bilan, pense à faire directement les modifications sur ton compte Askamon au niveau de ta fiche patient.	

INTERROGATOIRE

Pathologie / handicap (avec année de début et date de dernière consultation avec le ou les spécialistes)

Matériel utilisé (orthèse/prothèse/fauteuil/coussin/assistance électrique, etc.) : merci de détailler tout votre matériel avec année d'acquisition :

Mode de vie, autonomie toilette, habillage, présence d'une aide de vie : précisez :

☐ Chaise de douche

☐ Tabouret de douche

Antécédents médicaux et chirurgicaux liés ou non liés au handicap :

Utilisation d'un **dispositif médical** (exemples, pompe à baclofène, insuline, implant cochléaire...) : ☐ Oui ☐ Non
Préciser :

Allergies :

Antécédents familiaux :

Vaccinations ou copie du carnet :

Groupe Sanguin :

DTP Grippe

Hépatite B..... Covid 19

Autres

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>

AUT demandée : ☐ Oui ☐ Non, demande faite le :

AUT acceptée : ☐ Oui ☐ Non, acceptée le : Date de fin de Validité :

Prise de compléments alimentaires : Oui ☐ Non

Si oui lesquels (attention une norme afnor affichée ne protège pas à 100%)

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 (*recommandations = à faire tous les 2 ans*) :

Avez-vous des fuites urinaires : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : au repos ☐ Oui ☐ Non à l'effort ☐ Oui ☐ Non

A quelle fréquence :

Suivi gynécologique

Avez-vous déjà consulté un gynécologue : ☐ Oui ☐ Non Suivi annuel : ☐ Oui ☐ Non

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 ☐ Oui ☐ Non – Si oui quel contraceptif :

☐ Pilule, indiquer le nom : ☐ Stérilet ☐ Implant ☐ Anneau

- Antécédent grossesse : ☐ Oui ☐ Non

- Accouchement : par voie basse : ☐ Oui ☐ Non par césarienne : ☐ Oui ☐ Non

Doléances

Avez-vous des douleurs ? ☐ Oui ☐ Non

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

Si oui, lequel :

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 scoliotique, hyperlordose/hypercyphose/raideur, pectus excavatum, lyse isthmique connue ou suspectée :	
Statique du bassin ou trouble postural :	
Verticalisation : ☐ Oui ☐ 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 :	
Spasticité, localisation :	
Troubles de déglutition : ☐ Oui ☐ Non	
Troubles cognitifs associés :	
Athétose ☐ Syndrome cérébelleux ☐ Dyskinésie ☐ Tremblements ☐ Dystonie ☐	
Epilepsie : ☐ Oui ☐ 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 : ☐ Oui ☐ Non	Antécédents de phlébites : ☐ Oui ☐ Non
Electrocardiogrammes annuel : date :	
Interprétation :	
Joindre impérativement le tracé ou le compte rendu	

EXAMEN CLINIQUE PULMONAIRE	
Auscultation :	
Signes fonctionnels à l'effort :	
Allergie respiratoire :	Infections saisonnières (fréquence) :
Consommation tabagique : ☐ Oui ☐ Non	Nombre par jour :
Consommation cannabis : ☐ Oui ☐ 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 : ☐ Oui ☐ Non Fuites urinaires à l'effort : ☐ Oui ☐ Non	Troubles menstruels : - Règles abondantes ou douloureuses : - Signes prémenstruels : - Aménorrhée > 3 mois :
EXAMEN CLINIQUE DERMATOLOGIQUE	
Escarre ou rougeur : ☐ Oui ☐ Non	Localisation :
Cicatrice d'escarre : ☐ Oui ☐ Non	Localisation :
Cicatrice post-opératoire adhérente ou douloureuse : ☐ Oui ☐ Non	
EXAMEN CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE :	
Voit les formes : ☐ Oui ☐ Non	Voit la lumière : ☐ Oui ☐ Non
Acuité visuelle : OD : OG :	
Correction : OD : OG :	
Suivi santé psychique (guide d'entretien INSEP joint)	
Suivi psychologique conseillé : ☐ Oui ☐ Non Difficultés repérées :	
ENTRETIEN DIETETIQUE (auto-questionnaire transmis au sportif et à présenter le jour de la consultation)	
Suivi conseillé : ☐ Oui ☐ Non	
Dépistage de trouble alimentaire : ☐ Oui ☐ Non	Si oui lequel :
Conseil nutritionnel personnalisé : Objectif d'apports calciques : entre 1200 et 1600 mg/j https://www.grio.org/espace-gp/calcul-apport-calcique-quotidien.php	

RESULTATS BILAN BIOLOGIQUE

Anomalie sang :

Anomalie urinaire :

Supplémentation fer recommandée : ☐ Oui ☐ Non

Vitamine D : carence ☐ Oui ☐ Non

(Objectif = concentration > 30 ng/ml (75 nmol/L)) :

Un protocole de supplémentation est disponible ci-joint selon les recommandations 2025

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, idéalement médecin de médecine physique et réadaptation)

Nom du praticien

Dr.....

Signature du praticien

FICHE DE SYNTHÈSE 2026

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sport pratiqué :

Handicap : Classification :

Consultations /Examens	Dates	Interprétations	Signature et Cachet du/des médecins
CONSULTATION DE MEDECINE DU SPORT (MDS) – Examen clinique - Questionnaire clinique complété par le sportif - Examen clinique réalisé et complété par un médecin du sport sur le support envoyé par la fédération.		L'examen médical : ☐ Est sans particularité ☐ Présente des particularités : Précisez :	
BILAN DIETETIQUE Auto-questionnaire à compléter par le sportif et à présenter au médecin du sport		Le bilan diététique ☐ Est sans particularité ☐ Nécessite un suivi diététique	
SUIVI SANTE PSYCHIQUE (Si besoin compte-rendu sous pli confidentiel adressé au Dr Delpouve/Dr Rusakiewicz, FFH)		Le suivi psychologique : ☐ Est sans particularité ☐ Nécessite un suivi psychologique	
QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DE SURENTRAINEMENT Auto-questionnaire à compléter par le sportif et à présenter au médecin du sport		Score :/54	
ELECTROCARDIOGRAMME DE REPOS (ECG repos) Compte-rendu et tracé interprété		L'Électrocardiogramme : ☐ Est sans particularité ☐ Nécessite un avis cardiologique	
BILAN BIOLOGIQUE Présenter les résultats au médecin du sport.		La biologie ☐ Est normale ☐ Présente l'anomalie suivante ☐ Pas présentée lors de l'examen	
BILAN DENTAIRE		☐ Est sans particularité ☐ Nécessite des soins	
EPREUVE D'EFFORT CARDIO RESPIRATOIRE AVEC MESURE DES ECHANGES GAZEUX		Date de la dernière : Renouvellement prévu le : (Tous les 4 ans)	

Protocole de correction de la carence en vitamine D **Population à risque, objectif > 30 ng/mL**

+ penser aux apports calciques :

Objectif d'apports calciques : entre 1200 et 1600 mg/j

<https://www.grio.org/espace-gp/calcul-apport-calcique-quotidien.php>

1) **Posologie selon le résultat du dosage de vitamine D :**

- **Taux sériques de 50 à 75 nmol/L (30 ng/mL)**
50.000 UI/semaine pendant 4 semaines
- **Taux sériques < 50 nmol/L (20 ng/mL)**
50.000 UI/semaine pendant 8 semaines

Protocole de correction d'une hypovitaminose D selon Souberbielle et al 2020 et nouvelles recommandations SFR/GRIO 2025

Utiliser des ampoules de 100.000 UI en cas de nécessité d'une 2^e correction

2) **Puis enchaîner sur le protocole d'entretien :**

Protocole d'entretien après carence en vitamine D : En l'absence d'entretien, la carence en vitamine D récidive sous 6 mois.\$

Entretien mensuel pendant 3 à 6 mois : 50.000 UI par mois pendant 3 à 6 mois

Nouveau dosage 1 semaine après la fin du traitement

3) **Dosage et adaptation du protocole d'entretien**

Chez les sujets ostéoporotiques, privilégier un apport quotidien de 800 à 1000 UI/j

Dose réajustée selon le nouveau résultat du dosage de vitamine D après 3 à 6 mois d'entretien et poursuivi à vie :

- **Dosage < 75 nmol/L (30 ng/mL)**
 - 80 à 100.000 UI par mois
 - ou 50.000 UI/14j
 - pendant 3 à 6 mois
- **Dosage > 150 nmol/L (60 ng/mL): espacer à 50.000 UI tous les 2 mois**
- **Entre 75 et 150 nmol/L: conserver le rythme d'entretien**

Protocole d'entretien après carence en vitamine D selon Souberbielle et al 2020 et nouvelles recommandations SFR/GRIO 2025

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

BILAN DIETETIQUE 2026

NOM : **Prénom :** **Date du jour :**

1- LES REPAS

Dans une semaine vous prenez :

	Jamais	Tous les jours	Autre. Précisez
• Petit-déjeuner	☐	☐	jours/sem
• Déjeuner	☐	☐	jours/sem
• Dîner	☐	☐	jours/sem
• Collation	☐	☐	jours/sem Matin ☐ Après-midi ☐ Soir ☐
• Grignotage	☐	parfois ☐	régulier ☐ A quelle heure dans la journée ?.....

2- L'HYDRATATION

Chaque jour (repas compris) vous buvez :

• Eau plate, gazeuse (tisanes)	☐ jamais	☐ < ½ l	☐ ½ à 1 l	☐ > 1 litre
• Boissons sucrées (sirop, sodas, jus de fruits)	☐ jamais	☐ < 1 verre	☐ 1 à 2 verres	☐ > 2 verres
• Boissons alcoolisées	☐ jamais	☐ < 1 verre	☐ 1 à 2 verres	☐ > 2 verres
• Thé/café	☐ jamais	☐ < 1 tasse	☐ 1 à 3 tasses	☐ > 3 tasses
• Vous buvez :	☐ pendant les repas	☐ Entre les repas	☐ Pendant l'entraînement	

3- COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ-VOUS ?

• Des produits laitiers : Lait/yaourts/fromage blanc/petits suisses. Fromages secs Crème dessert, flan...	fois/jourfois/jourfois/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 fruits	fois/jour
• Des légumes crus ou cuits	fois/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...)	☐	☐	☐	☐
• Des viennoiseries, pâtisseries	☐	☐	☐	☐
• Restauration rapide (sandwich, croque-monsieur, fast-food, quiches...)	☐	☐	☐	☐
• Des charcuteries (saucisson, pâté...)	☐	☐	☐	☐
• Fritures, plats en sauce...	☐	☐	☐	☐

**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 :



Questionnaire de dépistage du surentrainement de la SFMS
(Société Française de Médecine du Sport)
2026

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

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



Nom : Prénom.....

Date du jour :/...../2026

1. DIFFICULTES DE SOMMEIL (Endormissement, réveil précoce, réveils nocturnes, somnolence)	oui ☐	non ☐
2. TROUBLES DE L'ALIMENTATION (Perte ou augmentation de l'appétit, excès boulimiques)	oui ☐	non ☐
3. DIFFICULTES DE MEMOIRE , DE CONCENTRATION, DE L'ATTENTION	oui ☐	non ☐
4. PRESENCE DE PEURS OU D'ANGOISSES SUFFISAMMENT IMPORTANTES POUR MODIFIER LE COMPORTEMENT	oui ☐	non ☐
5. TROUBLES DE L'HUMEUR (Tristesse, euphorie)	oui ☐	non ☐
6. TROUBLES DES EMOTIONS (Froideur affective, indifférence, hyperémotivité)	oui ☐	non ☐
7. EXISTENCE OU APPARITION D'UN COMPORTEMENT GÊNANT (Agitation, irritabilité, impulsivité, TOC ...)	oui ☐	non ☐
8. PRESENCE DE TROUBLES DE LA PERCEPTION (hallucinations) ET D'IDEES DELIRANTES	oui ☐	non ☐
9. DIFFICULTES SOCIALES (Famille, couple, groupe, rapport à l'entraîneur, scolarité, vie professionnelle)	oui ☐	non ☐
10. TROUBLES DES DIFFERENTES FORMES D'EXPRESSION (Communication orale, écrite, gestuelle)	oui ☐	non ☐
11. PRISE DECLAREE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :	oui ☐	non ☐
Alcool	jamais O occasionnelle O régulière 0	
Tabac	jamais O occasionnelle O régulière 0	
Cannabis et dérivés	jamais O occasionnelle O régulière 0	
Amphétamines et dérivés	jamais O occasionnelle O régulière 0	
Cocaïne et dérivés	jamais O occasionnelle O régulière 0	
Héroïne et dérivés	jamais O occasionnelle O régulière 0	
12. SUIVI SUR LE PLAN EDUCATIF PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE	oui ☐	non ☐
13. PRISE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES	oui ☐	non ☐
14. ANTECEDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES	oui ☐	non ☐
15. CONCLUSION		
Signal d'appel : Commentaires :	oui ☐	non ☐
Evaluation psychologique : Le sportif présente une ou plusieurs difficultés psychologiques :	oui ☐	non ☐
Commentaires :		

➤ **Date :** **Cachet et signature du praticien**

.....

BILAN BIOLOGIQUE 2026

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

Il est nécessaire d'**être à jeun**.
(A réaliser avant le 1^{er} juin 2026)

42 rue Louis Lumière
75020 Paris
Tél. : +33 (0) 1 40 31 45 00
Fax : +33 (0) 1 40 31 45 42
contact@handisport.org
www.handisport.org

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

Délégation du Ministère de la Santé,
de la Jeunesse et des Sports

Dr Claire Delpouve
Médecin coordonnateur du
suivi médical réglementaire
smr@handisport.org

..... 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 (ne relève pas du régime de remboursement de la sécurité sociale) :

Bilan sanguin :

- NFS PLAQUETTES
- RETICULOCYTES
- FERRITINEMIE
- CALCEMIE
- ALBUMINEMIE
- Na+
- K+
- CLAIRANCE DE LA CREATINEMIE
- UREE
- GLYCEMIE A JEUN
- BILAN HEPATIQUE
- DOSAGE DE LA VITAMINE 25OHD3

Bandelette urinaire :

- PROTEINURIE
- GLYCOSURIE
- HEMATURIE
- NITRITES

Facturation et prise en charge

Cet examen est pris en charge par la Fédération Française Handisport.
Il ne doit en aucun cas être transmis à l'Assurance Maladie.
Le sportif ne doit pas présenter sa carte vitale

La facture et le relevé d'identité bancaire doivent être adressés par mail :
facturation.smr@handisport.org, libellé au nom de Fédération française handisport –
commission médicale nationale – 42 rue Louis Lumière – 75020 Paris en y indiquant le
nom du patient.

⚠ Si le patient est dans l'obligation de régler directement le coût des analyses auprès
de votre laboratoire, ne pas lui fournir de feuille de soins, mais lui fournir la facture
acquittée, avec la mention :
« Cet examen n'a pas fait l'objet d'une prise en charge du régime de remboursement
de la sécurité sociale »

(Résultats à nous retourner avant le 1^{er} juin 2026)

..... 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 dans le cadre de l'assurance maladie.

COMMISSION MÉDICALE

42 rue Louis Lumière
75020 PARIS

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

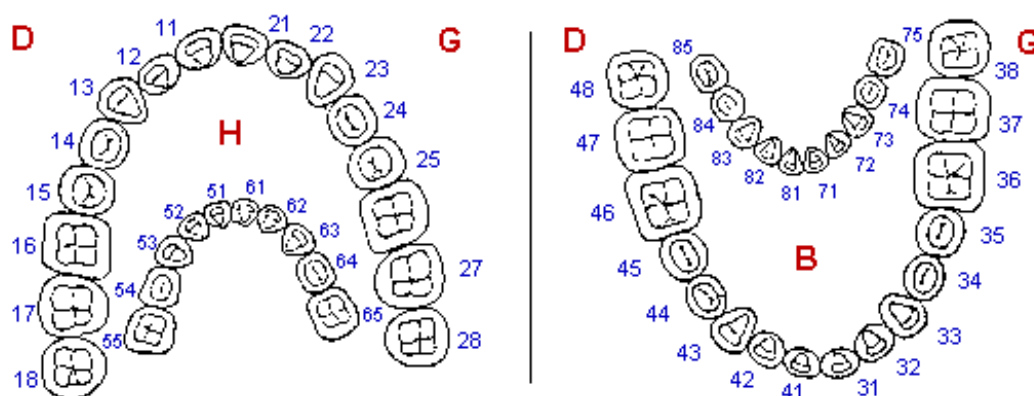
medical@handisport.org
www.handisport.org

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

Délégation du Ministère
des Sports

Dr Claire Delpouve
Médecin coordonnateur de la
surveillance médicale
réglementaire
smr@handisport.org

EXAMEN CLINIQUE DENTAIRE



N° des dents à faire soigner :

Date :

Nom du praticien
(Cachet et signature)

Attention

Pas de prise en charge des radios, la prise en charge fédérale se fait uniquement sur l'examen clinique à hauteur de 23 euros.
Si des soins sont décelés et effectués, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils doivent être réalisés.

- Adresse de facturation :
Fédération Française Handisport
Commission Médicale Nationale
42 Rue Louis Lumière – 75020 PARIS

- Indiquer le nom du sportif pour lequel vous facturez
- Joindre un relevé d'identité bancaire

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

Une liste de centres médicaux de référence est disponible en pièce jointe. Cette liste n'est pas exhaustive et n'est pas obligatoire.

EXAMEN CLINIQUE - 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 (idéalement un médecin avec la double spécialité de médecine physique et de réadaptation et de 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 de repos)

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 cyto bactériologique : protéinurie, glycosurie, hématurie, Nitrites.

Une fiche de protocole de supplémentation en vitamine D est jointe à ton dossier.

BILAN DENTAIRE : A effectuer une fois par an.

L'examen clinique est pris en charge à hauteur de 23 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.

(1) EPREUVE D'EFFORT CARDIO RESPIRATOIRE AVEC MESURE DES ECHANGES GAZEUX – VO2max

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 et d'évaluer ton risque d'ischémie 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.

(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).

Attention : en cas de pathologie cardiaque, nous te remercions de bien vouloir nous envoyer les comptes rendus de suivi annuel de ton cardiologue.

NATURE DES EXAMENS	PERIODICITE	PRISE EN CHARGE DES EXAMENS
Examen clinique - Consultation de médecine du sport, comprenant 2 auto-questionnaires et un bilan psychologique.	Annuellement	1 fois par an pour la consultation de médecine sportive.
Electrocardiogramme de repos (ECG repos)	Annuellement	1 fois par an
Bilan biologique et urinaire	Annuellement	1 fois par an
Bilan dentaire	Annuellement	1 fois par an, à hauteur de 23 euros pour le bilan, aucune prise en charge sur les soins. Les soins rentrent dans le cadre de l'assurance maladie.
Epreuve d'effort ⁽¹⁾	La première année et après tous les 4 ans	Tous les 4 ans
Echographie du cœur de dépistage ⁽²⁾	- Au moment de ta première inscription sur liste et - Si cet examen est effectué avant tes 15 ans il sera à renouveler entre tes 18 et 20 ans	1 fois si tu as au moins 18 ans à ta première inscription. Une deuxième fois si cet examen est effectué avant tes 15 ans.
- Bilan ophtalmologique (pour le ski alpin - ski nordique et snowboard)	Une fois, systématiquement à l'entrée sur liste pour toutes les disciplines. Plus demandé après.	- A la première entrée sur liste : pour tous les sports d'hiver