

Nom : Prénom : Né(e) le :

Discipline gymnique (Aérobic / GAc / GAF / GAM / GR / PK / TR / TU) :

Saison précédente / Nb d'heures par semaine : Nb de séances/ semaine :

A compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin)

ATCD Familiaux : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)

Pas de mort subite

Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans

Autres :

ATCD personnels : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)

Médicaux : Anaphylaxie
Asthme
Date du dernier vaccin :

Chirurgicaux :

Traumatologiques : **Séquelles fonctionnelles**
Pathologie rachidienne
Précisez :
.....
Imagerie du rachis : Rx IRM (si oui, date :))

Gynécologie : 1ères règles > 16ans **Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes)**

Traitement actuel : (En cas de traitement, vérifier si besoin d'une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT) : <https://sportifs.afld.fr/effectuer-une-demande-daut>)

Pas d'AUT demandée / AUT demandée / AUT accepté

Date de fin de validité :

Prise de : Vitamine D (si oui posologie :)
Autre :

Vaccins obligatoires à jour : Prise de compléments alimentaires : Oui Non
Si oui, lesquels :
.....

Mode de vie :
Sommeil : de.....h à.....h Pas de troubles du sommeil

Cocher si « Aucune » ou préciser la fréquence si consommation occasionnelle ou régulière :

| Consommation | Aucune | Occasionnel | Régulier |
|--------------|--------|-------------|----------|
| Tabagisme | | | |
| Cannabis | | | |
| Alcool | | | |

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
J'accepte que l'ensemble des données de ce dossier fasse l'objet d'un traitement informatique anonymisé pour contribuer à la veille sanitaire et à la recherche sur la prévention Oui Non

Nom : Signature
Prénom :

Nom : **Prénom :**

Doléances actuelles :

Aucune

Saison actuelle / Aménagement des entraînements

si oui durée (cumulée) :

Motif :

Poids :kg **Taille :**cm **Masse Grasse :**% **IMC :**

| | | | |
|--------------------|-------------|-----------|------------|
| TA (Droite) | mmHg | FC | bpm |
|--------------------|-------------|-----------|------------|

Examen cardiologique :

Pas de Souffle

Pas de Signes de Marfan

| | | |
|-------------------------|---------------------------------|---|
| ECG date : | Normal <input type="checkbox"/> | Anomalies mineures <input type="checkbox"/> |
| | | Anomalies majeures <input type="checkbox"/> si oui, préciser : |

Examen de l'appareil locomoteur :

| | |
|---------------|--|
| Rachis | Hyperlordose Lombaire <input type="checkbox"/> Hypercyphose dorsale <input type="checkbox"/> |
|---------------|--|

Distance main sol :

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

Palpation / Testing / Diagnostics / Ex complémentaires demandés

Pas de signe d'ostéochondrose

Pas de signes de tendinopathie

Pas de lyse isthmique connue ou suspectée

Gynécologie :

Aménorrhée primaire Date de la ménarche :

Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes)

Troubles menstruels (irréguliers, périodes d'aménorrhée > 3mois, douleur prise de poids/fatigue pdt cycles)

Contraception Orale Consultation spécialisée souhaitée

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

| Examens SMR | Questionnaire Surentrainement | Evaluation diététique | Vit D (facultatif) | Bilan psychologique |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|
| Date | | | | |
| Anomalie(s) / résultat | | | | |

CONCLUSIONS :

Apte à la poursuite du haut niveau

Contre-indication temporaire

Avis réservé sur la poursuite du haut niveau, avis du médecin fédéral demandé

Examens complémentaires demandés

Date :

Téléphone et mail du médecin :

.....

Signature et cachet :

Ordonnance
ELECTROCARDIOGRAMME
commenté

| | | | |
|---------------------|--|--------------|--|
| Nom : | | Prénom : | |
| | | | |
| Adresse : | | | |
| | | | |
| Date de Naissance : | Discipline (<i>Aérobic, GAc, GAF, GAM, GR, PK, TRA, TUM</i>) : | | |
| | | | |
| N° tel 1: | N° tel 2: | Courriel : | |
| | | | |
| Pôle : | (<i>Si hors pôle</i>) Structure d'entraînement : | N° Licence : | |
| | | | |

Faire pratiquer **un électrocardiogramme** avec interprétation, dans le cadre du bilan cardiovasculaire d'un(e) gymnaste dans le cadre de la campagne « Gym Eval 2025 ».

La Commission Médicale FFG

**Questionnaire de dépistage du surentraînement de la
Société française de médecine du sport**
(à compléter **avant** la consultation de l'examen médical)

Date du jour :

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

- Si vous êtes scolarisé(e), ou étudiant(e), êtes-vous en période d'examens ? oui / non
- Quelle est votre discipline gymnique principale : Aérobic / GAc / GAF / GAM / GR / PK / TR / TU
(Entourez la discipline correspondante, svp)
- Niveau de pratique ? International ou national ou régional
(Entourez le niveau correspondant)
- 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

Ce dernier mois : (Entourez le choix)

| | | | |
|----|--|-----|-----|
| 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 |

INTERPRETATION :

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

Références :

- Legros P, Beau M, Desmarets 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.*

CERTIFICAT MEDICAL ELITE (CME)

(Rédigé par le médecin du Sport après avoir complété le dossier médical dit « Elite » = Dossier médical + ECG + questionnaire de santé)

Je soussigné Dr

Certifie avoir examiné et complété le dossier médical « Elite » de :

Mr / Mme Nom Prénom

Date de naissance :

L'examen n'a pas révélé de contre-indication à la pratique de la gymnastique « Elite » dans la discipline gymnique suivante (Aérobic, GAC, GAF, GAM, GR, PK, TRA ou TUM) :

.....

| |
|---|
| Certificat valable jusqu'au 31 août 2025 |
|---|

Signature du médecin ayant effectué l'examen médical, et établi le dossier médical « Elite »

Date : Cachet professionnel et Signature :

AFLD - Recommandations aux sportifs

<https://sportifs.afld.fr/se-tenir-informe-et-informer/>

Le principe fondamental de responsabilité objective implique, de la part d'un sportif et quel que soit son niveau, une vigilance accrue vis-à-vis de sa pratique sportive.

Pour aider le sportif à prévenir toute situation ou comportement à risque, l'AFLD préconise certaines recommandations (*) :

- Informer son médecin de sa pratique sportive (discipline, niveau) lors de toute visite donnant lieu à une prescription médicale et ne pas hésiter à lui demander conseil en cas d'automédication
- Ne pas confondre ordonnance et AUT (Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) !
- Être vigilant lors de l'achat de compléments alimentaires et de produits diététiques de l'effort, notamment sur Internet. Se tenir informé, auprès de sa fédération, de l'AFLD, ou de tout autre organisme, de la réglementation antidopage en vigueur et de ses éventuelles modifications