

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Né(e) le** \_\_\_\_\_

Discipline :

Scolarité/travail :

**Entraînements :** Nb d'heure/semaine : \_\_\_\_\_ Nb de séances/semaine : \_\_\_\_\_

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

**1<sup>ère</sup> page à compléter par le gymnaste ou ses parents** (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin)

Rayer le texte si réponse négative. Cocher les cases si réponse positive.

|   |                                      |                  |
|---|--------------------------------------|------------------|
| <b>ATCD Familiaux :</b>   |                                      |                  |
| Pas de mort subite <input type="checkbox"/> Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans <input type="checkbox"/>   |                                      |                  |
| Autres : _____  |                                      |                  |
| <b>ATCD personnels :</b>  |                                      |                  |
| <u>Médicaux</u> : Malaise <input type="checkbox"/> Palpitations <input type="checkbox"/> Explorations : _____ Asthme <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/>  |                                      |                  |
| <u>Chirurgicaux</u> : _____   |                                      |                  |
| <u>Traumatologiques</u> :<br>ATCD <b>avec ou sans séquelles</b> (précisez : ostéochondroses, ostéochondrites, fracture de fatigue, périostite, lésion musculaire, lésion ligamentaire, luxation, lésion osseuse, rupture tendineuse, Lyse isthmique, spondylolisthésis...)  |                                      |                  |
| <b>Membres inférieurs :</b>   |                                      |                  |
| <b>Membres supérieurs :</b>   |                                      |                  |
| <b>Pathologie rachidienne</b> <input type="checkbox"/> si oui laquelle..... Imagerie du rachis : Rx <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> ECH <input type="checkbox"/> (si oui, date.....)<br>Suivi par : _____   |                                      |                  |
| <b>Traumatisme crânien</b> <input type="checkbox"/> (date, lésions, PC...): _____   |                                      |                  |
| <b>Séquelles fonctionnelles</b> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>   |                                      |                  |
| <u>Gynécologie</u> : 1 <sup>ères</sup> règles > 16ans <input type="checkbox"/> cycles irréguliers <input type="checkbox"/> période d'aménorrhée > 3mois <input type="checkbox"/> Douleurs menstruelles <input type="checkbox"/> Prise de poids fatigue avant les menstruations <input type="checkbox"/> Fuites urinaires à l'effort (même rares) <input type="checkbox"/> |                                      |                  |
| A déjà consulté un gynécologue <input type="checkbox"/> Contraception orale <input type="checkbox"/>  |                                      |                  |
| <b>Saison précédente :</b>  |                                      |                  |
| Durée d'arrêt sportif total : _____   | Durée d'aménagement (cumulé) : _____ | Motif(s) : _____ |
| <b>Traitement actuel :</b>  |                                      |                  |
| AUT : <input type="checkbox"/>  |                                      |                  |
| Vaccins à jour : DTP <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/>  |                                      |                  |
| Supplémentation : Vit D <input type="checkbox"/> (si oui posologie :.....) Fer <input type="checkbox"/> autre : _____   |                                      |                  |
| <b>Mode de vie :</b> Hydratation.....L/j _____ Nb de repas :...../jour _____ Compléments alimentaires <input type="checkbox"/>  |                                      |                  |
| Comportement alimentaire perturbé <input type="checkbox"/> Suivi diététique souhaité <input type="checkbox"/> effectué <input type="checkbox"/>   |                                      |                  |
| Vitamine <input type="checkbox"/> (type, dose...)   |                                      |                  |
| Sommeil : de.....h à.....h Pas de troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Préparation mentale suivie <input type="checkbox"/>  |                                      |                  |

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  Rares douleurs lombaires   
 Jamais de douleur lombaire

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

|                                     |               |              |                 |    |                |                |   |
|-------------------------------------|---------------|--------------|-----------------|----|----------------|----------------|---|
| Poids                               | kg            | Plis cutanés | Bicipital       | mm | % Masse grasse | Méthode 4 plis |   |
| Taille                              | cm            |              | Tricipital      | mm |                | Dexa           | % |
| IMC                                 |               |              | Sous scapulaire | mm |                |                |   |
| Stade TANNER                        | S..... P..... |              | Supra iliaque   | mm |                |                |   |
| Acuité Visuelle                     | Œil Dt /10    |              | Quadriceps      | 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.....: Normal <input type="checkbox"/> Anomalies mineures <input type="checkbox"/> préciser : |
| Anomalies majeures <input type="checkbox"/> préciser :  |

Examen de l'appareil locomoteur :

Variantes Morphologiques :

|        |   |           |  |
|--------|---|-----------|--|
| Coudes | Valgus <input type="checkbox"/> Recurvatum <input type="checkbox"/> symétrique <input type="checkbox"/>                           | Genoux    | Recurvatum <input type="checkbox"/> varum <input type="checkbox"/> valgum <input type="checkbox"/> |
| Rachis | Hyperlordose Lombaire <input type="checkbox"/> Hypercyphose dorsale <input type="checkbox"/><br>Dos plat <input type="checkbox"/> | Podologie | Port de semelles <input type="checkbox"/>  |

Souplesse :

Harmonieuse et symétrique   
 Asymétrique  : ceinture scapulaire  ceinture pelvienne   
 Déficitaire  Ceinture scapulaire  ceinture pelvienne  rachis  précisez :  
 Distance main sol.....cm:  
 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 :

Fuites urinaires à l'effort  troubles menstruels  Contraception Orale  Consultation spécialisée souhaitée

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

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

Conclusions : Date :.....

Signature et cachet :  
 Tel ou mél du médecin :

Apte à l'entrée ou à la poursuite du haut niveau : sans réserve  avec réserve   
 Avis du Médecin fédéral national demandé  Examens complémentaires demandés

Contre-indication à l'entrée en filière de haut niveau définitive

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 – TR –  
TU (*entourez la discipline correspondante*)

- 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 :

|    |  |     |     |
|----|--|-----|-----|
| 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)**

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.