

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^{ère} 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.

ATCD Familiaux :		
Pas de mort subite <input type="checkbox"/> Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans <input type="checkbox"/>		
Autres : _____		
ATCD personnels :		
<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> : ATCD avec ou sans séquelles (précisez : ostéochondroses, ostéochondrites, fracture de fatigue, périostite, lésion musculaire, lésion ligamentaire, luxation, lésion osseuse, rupture tendineuse, Lyse isthmique, spondylolisthésis...)		
Membres inférieurs :		
Membres supérieurs :		
Pathologie rachidienne <input type="checkbox"/> si oui laquelle..... Imagerie du rachis : Rx <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> ECH <input type="checkbox"/> (si oui, date.....) Suivi par : _____		
Traumatisme crânien <input type="checkbox"/> (date, lésions, PC...): _____		
Séquelles fonctionnelles : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
<u>Gynécologie</u> : 1 ^{ères} 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"/>		
Saison précédente :		
Durée d'arrêt sportif total : _____	Durée d'aménagement (cumulé) : _____	Motif(s) : _____
Traitement actuel :		
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 : _____		
Mode de vie : 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"/> 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.