

FFSTB

SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE (SMR)

FFSTB-DTF-ND
30/01/2025





DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MEDICALE RÉGLEMENTAIRE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU 2025

Ce dossier vous permettra de réaliser, **avant le 30 mars 2025 pour les athlètes nouvellement listés et le 15 mai 2025 pour les athlètes en liste en 2024**, les examens médicaux **obligatoires** suite à votre inscription sur la liste des sportifs de haut niveau 2025.

Nous vous recommandons de garder une copie de l'ensemble de votre dossier médical.

NOM			
Prénom			
Date de naissance			
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	
Portable		Courriel	
Disciplines pratiquée(s)	SHN		

Cadre réservé à la FFSTB :

Dossier Complet :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accusé de réception :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non Causes :
Dossier validé auprès du DTF le :...../..... /2025		
Signature :		



DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MEDICALE RÉGLEMENTAIRE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU 2025

Cher confrère,

Nous vous remercions de bien avoir voulu prendre en charge notre sportif. Les textes de loi imposent un examen médical de suivi réglementaire.

Nous vous proposons le schéma suivant :

- Un examen médical, comprenant :

- ✓ Un examen clinique avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la société française de médecine de l'exercice et du sport ; un bilan diététique et des conseils nutritionnels ;
- ✓ Un bilan psychologique visant à dépister des difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive ;
- ✓ La recherche indirecte d'un état de surentraînement via un questionnaire élaboré selon les recommandations de la société française de médecine de l'exercice et du sport.

- Un électrocardiogramme de repos avec compte-rendu médical

Le protocole d'examen médical que nous vous proposons doit bien sûr être adapté en fonction de l'état de santé physique et psychique du sportif.

Au vu de cet examen et des résultats issus des autres documents, vous rédigerez une conclusion pour nous aider à mieux prendre en charge ce sportif.

Ce dossier devra être remis au sportif qui devra nous le transmettre avant les dates mentionnées. N'hésitez pas à nous contacter directement si vous décelez un problème important.

FFSTB MEDECIN FEDERAL

Medecin.federal@ffstb.fr

smr@ffstb.fr

ELECTROCARDIOGRAMME STANDARDISE DE REPOS

(Peut être réalisé lors de l'examen médical)

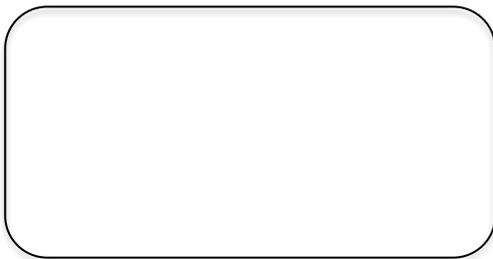
Faire pratiquer par un médecin du sport ou un cardiologue, un ECG standardisé de repos avec compte-rendu, dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut-niveau. Si vous décelez des soins ou des examens à effectuer, c'est dans le cadre de l'assurance maladie qu'ils seront effectués.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie

- Avoir pratiqué cet examen le/..../20... chez M, Melle
- Avoir transmis les résultats au sportif OUI NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires OUI NON
- Lui avoir remis une facture acquittée OUI NON

Signature et Tampon :



EXAMEN MEDICAL

(Réalisé par un médecin du sport)

Faire réaliser par un médecin du sport un examen médical, selon les recommandations de la Société Française de Médecine du sport, dans le cadre de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut-niveau.

Le sportif doit se présenter à vous muni des résultats des différents examens effectués en amont et listés ci-dessus. Ainsi

vous pourrez en confronter les résultats avec l'examen médical que vous effectuerez et, le cas échéant, prescrire des examens complémentaires que vous jugerez utiles.

Le sportif doit vous régler directement la totalité des examens effectués, selon la tarification en vigueur.

Je soussigné, Docteur.....certifie :

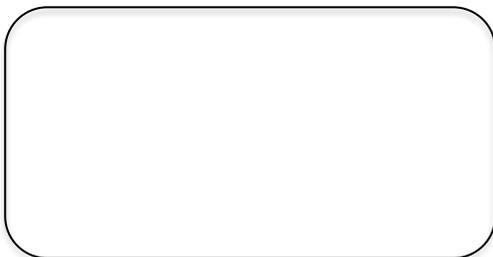
- Avoir pratiqué cet examen le/..../20... chez

Nom :

Prénom :

- Avoir transmis les résultats au sportif	OUI	NON
- Que le sportif a réglé mes honoraires	OUI	NON
- Lui avoir remis une facture acquittée	OUI	NON

Signature et Tampon :



Aucun règlement ne sera effectué par la fédération française d'escrime aux plateaux techniques de médecine du sport sans accord préalable et sans le respect des conditions suivantes :

Facture précisant le NOM / Prénom / Date de naissance de chaque sportif

L'ensemble des sportifs pour lesquels est effectuée la facturation doit être concerné par l'obligation de la surveillance médicale réglementaire (chaque sportif doit présenter au plateau technique le courrier de la fédération prévu à cet effet)



DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MÉDICALE RÉGLEMENTAIRE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU 2025

EXAMEN MÉDICAL

NOM : Prénom : Née le : __/__/__
Examen effectué à : Le : __/__/20__

Par le Dr(médecin du sport)
Signature et cachet :

1 INTERROGATOIRE :

Antécédents familiaux :
Antécédents personnels :
Pathologies depuis le dernier examen :
Blessures lors du dernier examen :
Allergies connues :
Traitement des allergies :

2. EXISTENCE D'UN TRAITEMENT (Si oui, joindre les ordonnances) :

Traitement de fond : Oui Non
Traitement transitoire en cours : Oui Non
Traitement susceptible de positiver les contrôles antidopage : Oui Non
(<https://medicaments.afld.fr/>)

Existence d'une AUT :

Oui
Non

(<https://sportifs.afld.fr/effectuer-une-demande-daut/>)

3. EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

Signes fonctionnels: Dyspnée d'effort Palpitations Douleurs thoraciques
Autre (préciser) :

TA : Fréquence cardiaque de repos : Auscultation cardiaque :

Examen vasculaire :

ECG (si c'est vous qui le réalisez) : joindre une copie du tracé et valider cet examen.

Interprétation :



DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MEDICALE RÉGLEMENTAIRE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU 2025

4. EXAMEN RESPIRATOIRE :

Signes fonctionnels :

Tabac :

Asthme : (si oui, fournir les résultats de la dernière EFR)

Examen :

5. EXAMEN MORPHOSTATIQUE ET ANTHROPOMÉTRIQUE :

Taille : Poids : IMC :

Souplesse :

Distance main sol :

Examen :

Scoliose

Attitude scoliotique

Cyphose

Genoux :

Pieds :

Anomalie des groupes musculaires (préciser le cas échéant) :

6. EXAMEN DIGESTIF :

Signes fonctionnels :

Examen :

7. EXAMEN NEUROLOGIQUE :

Signes fonctionnels :

Examen :

8. EXAMEN DENTAIRE :

Date et résultats de la dernière consultation (conseillée tous les ans) :

Dents de sagesse

En place

Avulsées (1-2-3-4)

9. EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE (échelle de Monoyer):

Sans correction: OD Avec correction : OD

OG OG

10. VACCINATIONS :



DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MEDICALE RÉGLEMENTAIRE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU 2025

Présentation du carnet de vaccination : Oui Non

Vaccin	A jour (Oui / Non)	Date dernier rappel
DTPolio / Coqueluche		
BCG		
Hépatite B		
ROR		
HPV		
Autre (préciser)		

SYNTHESE

	OUI	NON
Avez-vous observé une anomalie chez ce sportif ? <i>(si vous répondez non à cet item, il est inutile de répondre aux autres questions)</i>		
Dans quelle catégorie peut-on classer cette anomalie ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>		
▪ Ostéo-articulaire		
· Membres		
· Rachis		
▪ Cardio-vasculaire		
· ECG de repos		
· échographie		
· épreuve d'effort		
· examen clinique		
▪ Pulmonaire		
▪ Digestif		
▪ Neurologique		
▪ Ophtalmologique		
▪ Gynécologique		
▪ Diététique		
▪ Psychologique, fatigue, surentrainement		
▪ Biologique		
Est-ce que cette anomalie est directement liée à la pratique du twirling baton ?		
Est-ce que cette anomalie risque d'être aggravée par la pratique du twirling baton		
Avez-vous contre-indiqué la pratique du twirling baton à ce sportif à cause		
Avez-vous prescrit des examens complémentaires ?		
Avez-vous demandé un avis spécialisé ?		
Jugez-vous nécessaire que le médecin coordonnateur de la surveillance médicale réglementaire de la fédération entre en contact avec ce sportif ?		



DOSSIER POUR LA SURVEILLANCE MEDICALE RÉGLEMENTAIRE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU 2025

CONCLUSIONS :