

Nom et prénom de l'athlète : _____ Nom d'usage : _____

Date de naissance de l'athlète (mm/jj/aaaa) : _____ Femme Homme

PAYS : _____ E-mail : _____

MALADIES ASSOCIEES- Est-ce que l'athlète souffre (cochez celles qui s'appliquent):

- L'autisme La trisomie 21 Syndrome X fragile
 Paralyse cérébrale Syndrome d'alcoolisation fœtale
 Autre syndrome, veuillez préciser :

ALLERGIES & RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

- Aucune allergie connue
 Le latex
 Des médicaments :
 Les morsures ou piqûres d'insectes :
 Des aliments :

APPAREILS D'ASSISTANCE - Est-ce que l'athlète utilise (cochez celles qui s'appliquent):

- Un appareil orthopédique Une poche de colostomie Un appareil d'aide à la communication
 Un appareil C-PAP Des béquilles ou un déambulateur Une prothèse dentaire
 Des lunettes ou des lentilles Une sonde d'alimentation Un appareil auditif
 Un dispositif implanté Un inhalateur Un pacemaker
 Des prothèses amovibles Une attelle Un fauteuil roulant

Listez tous les besoins alimentaires spéciaux :

PARTICIPATION SPORTIVE

Listez toutes les disciplines sportives des Special Olympics auxquelles l'athlète désire participer :

Un médecin a-t-il jamais limité la participation de l'athlète à un sport ?

- Non Oui *Dans l'affirmative, veuillez préciser :*

OPERATIONS, INFECTIONS, VACCINS

Listez toutes les opérations passées :

L'athlète souffre t-il/elle actuellement d'une infection chronique ou aiguë ?

- Non Oui *Dans l'affirmative, veuillez préciser :*

L'athlète a-t-il/elle jamais eu un électrocardiogramme ou un échocardiogramme anormal ? *Dans l'affirmative, veuillez préciser la date et les résultats*

- Oui, électrocardiogramme anormal
 Oui, échocardiogramme anormal

L'athlète s'est-il/elle fait vacciner contre le tétanos au cours des 7 dernières années ? Non Oui

ANTECEDENTS D'EPILEPSIE ET/OU DE CRISES

Epilepsie ou tout type de trouble épileptique Non Oui

Dans l'affirmative, listez le type de trouble épileptique :

Dans l'affirmative, a-t-il/elle eu une crise au cours de l'année passée ? Non Oui

SANTE MENTALE

Automutilation au cours de l'année passée Non Oui **Dépression (diagnostiquée)** Non Oui
 Comportement agressif au cours de l'année passée Non Oui **Anxiété (diagnostiquée)** Non Oui

Décrivez les troubles mentaux supplémentaires :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Est-ce qu'un parent est mort d'un problème cardiaque avant l'âge de 50 ans ? Non Oui

Est-ce qu'un parent ou membre de la famille est mort en faisant de l'exercice ? Non Oui

Listez tous les problèmes de santé dans la famille de l'athlète :

Formulaire Médical de l'athlète – ANTECEDENTS MEDICAUX

(A remplir par l'athlète ou parent/tuteur/soignant et amené à l'examen)



Nom et prénom de l'athlète : _____

L'ATHLÈTE A-T-IL/ELLE JAMAIS ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ COMME SOUFFRANT, OU SOUFFERT DE L'UN DES TROUBLES SUIVANTS

Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Pression artérielle élevée	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	AVC/AIT	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Vertiges pendant ou après l'exercice	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cholestérol élevé	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Commotions cérébrales	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Maux de tête pendant ou après l'exercice	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Troubles de la vue	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Asthme	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Douleurs à la poitrine pendant ou après l'exercice	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Trouble de l'audition	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Diabète	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Essoufflement pendant ou après l'exercice	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Hypertrophie de la rate	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Hépatite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Coeur battant la chamade, irrégulièrement ou très rapidement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Rein unique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Inconfort urinaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Anomalie cardiaque congénitale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dyschrasie spinale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Crise cardiaque	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Ostéopénie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Arthrite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Anémie à hématies falciformes	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Maladie liée à la chaleur	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Valvulopathie cardiaque	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Trait drépanocytaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Fractures	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Souffle au coeur	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Saignements faciles	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Luxations	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Endocardite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si l'athlète est une femme, date des dernières menstruations :			

Listez toutes les fractures et luxations passées (si oui a été coché pour l'un de ces champs ci-dessus) :

Listez tout autre problème de santé actuel ou passé :

Symptômes neurologiques de la compression de la moelle épinière et de l'instabilité atloïdo-axoïdienne

Difficulté à contrôler les intestins ou la vessie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Yes	Dans l'affirmative, est-ce nouveau ou est-ce que cela a empiré ces trois dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Engourdissement ou picotements dans les jambes, les bras, les mains ou les pieds	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, est-ce nouveau ou est-ce que cela a empiré ces trois dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Faiblesse dans les jambes, les bras, les mains ou les pieds	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, est-ce nouveau ou est-ce que cela a empiré ces trois dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Nerf pincé ou douleur dans le cou, le dos, les épaules, les bras, les mains, les fesses, les jambes ou les pieds	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, est-ce nouveau ou est-ce que cela a empiré ces trois dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Torticolis	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, est-ce nouveau ou est-ce que cela a empiré ces trois dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Spasticité	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, est-ce nouveau ou est-ce que cela a empiré ces trois dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Paralysie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, est-ce nouveau ou est-ce que cela a empiré ces trois dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

VEUILLEZ ÉNUMÉRER TOUT MÉDICAMENT, VITAMINES OU COMPLÈMENTS ALIMENTAIRES CI-DESSOUS

(y compris les inhalateurs, les contraceptifs ou les traitements hormonaux)

Nom du médicament, des vitamines ou du complément alimentaire	Dose	Fois par jour	Nom du médicament, des vitamines ou du complément alimentaire	Dose	Fois par jour	Nom du médicament, des vitamines ou du complément alimentaire	Dose	Fois par jour

L'athlète est-il capable de prendre ses propres médicaments ? Non Oui

Nom de la personne ayant rempli ce formulaire	Lien avec l'athlète	Numéro de téléphone	E-mail
---	---------------------	---------------------	--------



Nom et prénom de l'athlète : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PHYSIQUES

(A renseigner par un professionnel de la santé autorisé à effectuer des examens et prescrire des médicaments)

Taille	Poids	IMC (facultatif)	Température	Pouls	Saturation en oxygène	Pression artérielle (en mmHg)		Vue	
cm	kg	IMC	°C			Pression à droite :	Pression à gauche :	Vue oeil droit	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pas applicable
pouces	livres	Taux de graisse %	°F					Vue oeil gauche	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pas applicable
Audition oreille (D) <input type="checkbox"/> Répond <input type="checkbox"/> Aucune réponse <input type="checkbox"/> Impossible à évaluer Audition oreille (G) <input type="checkbox"/> Répond <input type="checkbox"/> Aucune réponse <input type="checkbox"/> Impossible à évaluer Conduit auditif droit <input type="checkbox"/> Dégagé <input type="checkbox"/> Cérumen <input type="checkbox"/> Corps étranger Conduit auditif gauche <input type="checkbox"/> Dégagé <input type="checkbox"/> Cérumen <input type="checkbox"/> Corps étranger Membrane tympanique (D) <input type="checkbox"/> Dégagée <input type="checkbox"/> Perforation <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> PA Membrane tympanique (G) <input type="checkbox"/> Dégagée <input type="checkbox"/> Perforation <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> PA Hygiène buccale <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Médiocre Hypertrophie de la thyroïde <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Adénopathie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Souffle au cœur (position allongée) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1/6 ou 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 ou plus Souffle au cœur (position debout) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1/6 ou 2 <input type="checkbox"/> 3/6 ou plus Rythme cardiaque <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier Poumons <input type="checkbox"/> Dégagés <input type="checkbox"/> Encombrés Oedème de la jambe droite <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+ Oedème de la jambe gauche <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+ Symétrie du pouls radial <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> D>G <input type="checkbox"/> G>D Cyanose <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez Hippocratisme digital <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez					Bruits intestinaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Hépatomégalie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Splénomégalie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Sensibilité abdominale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> QSD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QSG <input type="checkbox"/> QIG Sensibilité rénale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche Réflexe du membre supérieur (D) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Réduit <input type="checkbox"/> Hyper réflexion Réflexe du membre supérieur (G) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Réduit <input type="checkbox"/> Hyper réflexion Réflexe du membre inférieur (D) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Réduit <input type="checkbox"/> Hyper réflexion Réflexe du membre inférieur (G) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Réduit <input type="checkbox"/> Hyper réflexion Démarche anormale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez Spasticité <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez Tremblement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez Mobilité du cou et du dos <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Pas totale Mobilité des membres supérieurs <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Pas totale Mobilité des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Pas totale Force des membres supérieurs <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Pas totale Force des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Pas totale Perte de sensibilité <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez ci-dessous				

COMPRESSION DE LA MOELLE EPINIÈRE & INSTABILITE ATLOÏDO-AXOÏDIENNE (IAA) (En choisir un)

- L'athlète ne montre **AUCUN SIGNE** des symptômes neurologiques ou signes physiques liés à la compression de la moelle épinière ou l'instabilité atloïdo-axoïdienne. **OU**
- L'athlète a des symptômes neurologiques ou des signes physiques qui pourraient être associés à la compression de la moelle épinière ou d'instabilité atloïdo-axoïdienne et **doit recevoir une évaluation neurologique supplémentaire** pour écarter un risque supplémentaire de blessure de la moelle épinière avant d'être autorisé à faire du sport.

AUTORISATION A PARTICIPER (A REMPLIR UNIQUEMENT PAR UN EXAMINATEUR)

Examineur médical homologué : Il est recommandé que l'examineur étudie les éléments des antécédents médicaux avec l'athlète ou son tuteur, avant d'effectuer l'examen physique. Si un athlète a besoin d'une évaluation médicale approfondie, faites s'il vous plaît une référence médicale ci-dessous et le deuxième médecin pour la référence devra compléter la page 4.

- Cet athlète est **CAPABLE** de participer aux Jeux Special Olympics sans restriction.
- Cet athlète est **CAPABLE** de participer aux Jeux Special Olympics **AVEC des restrictions. Précisez** →
- Cet athlète **NE PEUT PAS participer** aux Jeux Special Olympics en ce moment et doit être encore évalué par un médecin en raison des soucis suivants :
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Examen cardiaque préoccupant | <input type="checkbox"/> Infection aiguë | <input type="checkbox"/> Saturation en oxygène inférieure à 90 % en air ambiant |
| <input type="checkbox"/> Examen neurologique préoccupant | <input type="checkbox"/> Hypertension de type II ou supérieure | <input type="checkbox"/> Hépatomégalie ou splénomégalie |
| <input type="checkbox"/> Autre, merci de préciser : | | |

Notes supplémentaires de l'examineur homologué et suivi recommandé (mais pas obligatoire) :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suivi avec un cardiologue | <input type="checkbox"/> Suivi avec un neurologue | <input type="checkbox"/> Suivi avec un médecin généraliste |
| <input type="checkbox"/> Suivi avec un spécialiste de la vue | <input type="checkbox"/> Suivi avec un spécialiste de l'audition | <input type="checkbox"/> Suivi avec un dentiste ou un hygiéniste dentaire |
| <input type="checkbox"/> Suivi avec un podologue | <input type="checkbox"/> Suivi avec un kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Suivi avec une nutritionniste |
| <input type="checkbox"/> Autre/notes d'examen : | | |

		Nom :	
		E-mail :	
Signature du professionnel de la santé homologué	Date de l'examen	Téléphone :	Licence:



Nom de l'athlète : _____

Cette page ne doit être remplie et signée que si le médecin sur la page trois n'autorise pas l'athlète à participer et indique qu'un suivi est requis.

L'athlète doit apporter les pages précédemment remplies au rendez-vous avec le spécialiste.

Nom de l'examineur : _____

Spécialité: _____

J'ai examiné cet athlète en raison du/des problème(s) médical(aux) suivant(s) - *Veillez préciser :*

- Examen cardiaque préoccupant Infection aiguë Saturation en oxygène inférieure à 90 % en air ambiant
- Examen neurologique préoccupant Hypertension de type II ou supérieure Hépatomégalie ou splénomégalie
- Autre, merci de préciser :

Il est de mon opinion de médecin que cet athlète PEUT participer aux Jeux Special Olympics (indiquez les restrictions ou limitations ci-dessous) :

- Oui, sans restriction** **Oui, mais avec des restrictions** (*liste ci-dessous*) **Non**

Notes supplémentaires de l'examineur/restrictions :

E-mail de l'examineur : _____

Téléphone de l'examineur : _____

Licence : _____

Signature de l'examineur

Date

Cette section est à remplir seulement par le personnel de Special Olympics, le cas échéant.

Cet examen médical a été achevé à un événement MedFest ? Oui Non

L'athlète est un " Unified Partner " ou un jeune athlète ? Unified Partner Jeune athlète