

RAPPORT MEDICAL

SPORTIF PROFESSIONNEL ET DE HAUT NIVEAU

Etabli par le Docteur : Etes-vous le Médecin du club ? oui non

Si non, connaissez-vous le proposant pour une raison médicale ? oui non

Si oui, laquelle ?

NOM et Prénom : Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

ASPECT GENERAL				
	Taille : cm			Poids : kg
		OUI	NON	COMMENTAIRES
1	Existe-t-il une affection cutanée ou des cicatrices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
	Y a-t-il des signes d'alcoolisme ou d'intoxications diverses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels :
2	PSYCHIATRIE Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels :
3	ORGANES SENSITIFS Y a-t-il un défaut de la vue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? Acuité visuelle : avant correction O.D. : O.G. : après correction O.D. : O.G. :
	Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unilatérale ou bilatérale : Totale ou partielle :
4	APPAREIL RESPIRATOIRE Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle :

7	c) Constatez-vous au niveau des GENOUX	OUI	NON	DROIT	GAUCHE
	• un choc rotulien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	• un mouvement de tiroir et / ou de latéralité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	• des signes en faveur d'une atteinte méniscale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	• des signes inflammatoires en regard de l'articulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	• l'existence ou non d'une amyotrophie du quadriceps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	• un signe du rabot ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	• des douleurs le long des ligaments latéraux à la pression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	• des douleurs ou une anomalie au niveau des tendons rotuliens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	d) Constatez-vous au niveau des CHEVILLES			DROIT	GAUCHE
	• l'existence de mouvements anormaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	• des douleurs le long des ligaments et en particulier le long du tendon d'Achille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	• de l'œdème avec signes inflammatoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	• une limitation des mouvements de la : - tibio-tarsienne ? - sous-astragaliennne ? - tarso-métatarsienne ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
e) Constatez-vous au niveau du RACHIS			DROIT	GAUCHE	
• une déformation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• une anomalie à la palpation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• un déficit de la mobilité (Schöber) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• un Lasègue ? de quel côté ? et à quel angle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• une anomalie neurologique : - troubles de la sensibilité ? - troubles moteurs ? - anomalie des ROT rotuliens ? - anomalie des ROT achilléens ? - troubles sphinctériens ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
8	GLANDES ENDOCRINES Anomalies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COMMENTAIRES Si oui, lesquelles :	
9	GANGLIONS LYMPHATIQUES Anomalies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles :	

