



FFHANDBALL

SERVICE MEDICAL SUIVI HAUT NIVEAU

**BILAN MEDICAL
ACCES SITES DE FORMATION HAUT NIVEAU
ACCESSION ET EXCELLENCE
DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL
QUESTIONNAIRE MEDICAL PREALABLE**

Document original à conserver 3 pages

A remplir et signer par le sportif

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Avez-vous déjà été opéré ? Oui Non

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà été hospitalisé pour traumatisme crânien ? Oui Non

Avez-vous eu une ou des pertes de connaissance ? Oui Non

Avez-vous des crises d'épilepsie ? Oui Non

Avez-vous des crises de tétanie ou de spasmophilie ? Oui Non

Avez-vous des troubles de la vue ?

Si oui, portez-vous des corrections : lunettes lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition ? Oui Non

Avez-vous eu des troubles de l'équilibre ? Oui Non

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :

- | | | |
|--|-----|-----|
| • Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans | Oui | Non |
| • Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) | Oui | Non |

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

- | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|
| • Malaise ou perte de connaissance | Oui | Non |
| • Douleur thoracique | Oui | Non |
| • Palpitations (cœur irrégulier) | Oui | Non |
| • Fatigue ou essoufflement inhabituel | Oui | Non |

Avez-vous :

- | | | |
|--|-----|-----|
| • Une maladie cardiaque | Oui | Non |
| • Une maladie des vaisseaux | Oui | Non |
| • Été opéré du cœur ou des vaisseaux | Oui | Non |
| • Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu | Oui | Non |
| • Une hypertension artérielle | Oui | Non |

- Un diabète Oui Non
 - un cholestérol élevé Oui Non
 - Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres) Oui Non
 - Une infection sérieuse dans le mois précédent Oui Non
- Avez-vous déjà eu :
- un électrocardiogramme Oui Non
 - un échocardiogramme Oui Non
 - une épreuve d'effort maximale Oui Non
- Avez-vous déjà eu ?
- des troubles de la coagulation Oui Non
- À quand remonte votre dernier bilan sanguin ?
- Fumez-vous ? Oui Non
- Si oui, combien par jour ? Depuis combien de temps ?
- Avez-vous
- des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) Oui Non
 - des allergies cutanées des allergies à des médicaments Oui Non
- Si oui, lesquels
- Prenez-vous des traitements
- pour l'allergie ? (si oui, lesquels) Oui Non
 - pour l'asthme ? (si oui, lesquels) Oui Non
- Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites Oui Non
- Vos dents sont-elles en bon état ? Oui Non Date du dernier bilan dentaire :
- Avez-vous déjà eu ?
- des problèmes vertébraux : Oui Non
 - une anomalie radiologique : Oui Non
- Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand)
- une luxation articulaire
 - une ou des fractures
 - une rupture tendineuse
 - des tendinites chroniques
 - des lésions musculaires
 - des entorses graves
 - Prenez-vous des médicaments actuellement Oui Non
 - Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement Oui Non

