

Nom et prénom de l'athlète : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

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

PAYS : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

<b>MALADIES ASSOCIEES- Est-ce que l'athlète souffre (cochez celles qui s'appliquent):</b>		
<input type="checkbox"/> L'autisme	<input type="checkbox"/> La trisomie 21	<input type="checkbox"/> Syndrome X fragile
<input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale	<input type="checkbox"/> Syndrome d'alcoolisation fœtale	
<input type="checkbox"/> Autre syndrome, veuillez préciser :		

<b>ALLERGIES &amp; RESTRICTIONS ALIMENTAIRES</b>	<b>APPAREILS D'ASSISTANCE - Est-ce que l'athlète utilise (cochez celles qui s'appliquent):</b>		
<input type="checkbox"/> Aucune allergie connue	<input type="checkbox"/> Un appareil orthopédique	<input type="checkbox"/> Une poche de colostomie	<input type="checkbox"/> Un appareil d'aide à la communication
<input type="checkbox"/> Le latex	<input type="checkbox"/> Un appareil C-PAP	<input type="checkbox"/> Des béquilles ou un déambulateur	<input type="checkbox"/> Une prothèse dentaire
<input type="checkbox"/> Des médicaments :	<input type="checkbox"/> Des lunettes ou des lentilles	<input type="checkbox"/> Une sonde d'alimentation	<input type="checkbox"/> Un appareil auditif
<input type="checkbox"/> Les morsures ou piqûres d'insectes :	<input type="checkbox"/> Un dispositif implanté	<input type="checkbox"/> Un inhalateur	<input type="checkbox"/> Un pacemaker
<input type="checkbox"/> Des aliments :	<input type="checkbox"/> Des prothèses amovibles	<input type="checkbox"/> Une attelle	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dépression (diagnostiquée)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Comportement agressif au cours de l'année passée	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Anxiété (diagnostiquée)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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	<b>Si l'athlète est une femme, date des dernières menstruations :</b>			

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 20/40 ou plus <input type="checkbox"/> Pas applicable	
pouces	livres	Taux de graisse %	°F					Vue oeil gauche <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 20/40 ou plus <input type="checkbox"/> Pas applicable	
Audition oreille (D) <input type="checkbox"/> Répond <input type="checkbox"/> Aucune réponse <input type="checkbox"/> Impossible à évaluer					Bruits intestinaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Audition oreille (G) <input type="checkbox"/> Répond <input type="checkbox"/> Aucune réponse <input type="checkbox"/> Impossible à évaluer					Hépatomégalie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Conduit auditif droit <input type="checkbox"/> Dégagé <input type="checkbox"/> Cérumen <input type="checkbox"/> Corps étranger					Splénomégalie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Conduit auditif gauche <input type="checkbox"/> Dégagé <input type="checkbox"/> Cérumen <input type="checkbox"/> Corps étranger					Sensibilité abdominale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> QSD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QSG <input type="checkbox"/> QIG				
Membrane tympanique (D) <input type="checkbox"/> Dégagée <input type="checkbox"/> Perforation <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> PA					Sensibilité rénale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche				
Membrane tympanique (G) <input type="checkbox"/> Dégagée <input type="checkbox"/> Perforation <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> PA					Réflexe du membre supérieur (D) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Réduit <input type="checkbox"/> Hyper réflexion				
Hygiène buccale <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Médiocre					Réflexe du membre supérieur (G) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Réduit <input type="checkbox"/> Hyper réflexion				
Hypertrophie de la thyroïde <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					Réflexe du membre inférieur (D) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Réduit <input type="checkbox"/> Hyper réflexion				
Adénopathie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					Réflexe du membre inférieur (G) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Réduit <input type="checkbox"/> Hyper réflexion				
Souffle au cœur (position allongée) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1/6 ou 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 ou plus					Démarche anormale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez				
Souffle au cœur (position debout) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1/6 ou 2 <input type="checkbox"/> 3/6 ou plus					Spasticité <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez				
Rythme cardiaque <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier					Tremblement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez				
Poumons <input type="checkbox"/> Dégagés <input type="checkbox"/> Encombrés					Mobilité du cou et du dos <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Pas totale				
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+					Mobilité des membres supérieurs <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Pas totale				
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+					Mobilité des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Pas totale				
Symétrie du pouls radial <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> D>G <input type="checkbox"/> G>D					Force des membres supérieurs <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Pas totale				
Cyanose <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez					Force des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Pas totale				
Hippocratisme digital <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez					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 :	
<b>Signature du professionnel de la santé homologué</b>	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