

FICHE D'INFORMATIONS A CARACTERE MEDICAL CANDIDATURE 2023/2024

Dans le cadre d'une éventuelle intégration, nous avons besoin de renseignements médicaux afin que le médecin puisse valider la candidature au CREPS et demander, au besoin, des examens et données complémentaires.

Ce document est destiné au médecin du CREPS, il est très important pour la prise en charge du sportif et doit être rempli avec attention.

Merci de le renvoyer soit par mail au service médical (medical.antibes@creps-paca.sports.gouv.fr), soit sous pli confidentiel à l'attention du **Service médical CREPS PACA site d'Antibes, 50 avenue du 11 Novembre BP 47 06601 ANTIBES Cedex**

NOM		PRENOM				
Date de naissance		Sport concerné				
Date à laquelle a été complété ce questionnaire : / /						
MORPHOLOGIE						
Taille						
Poids						
VIE SPORTIVE						
Nombre d'entraînements par semaine actuellement	1	2	3	4	5 et +	
Autre(s) pratique(s) sportive(s)						

SUIVI MEDICAL			
Traitements médicaux en cours			
Allergies	OUI	NON	Type : Traitement :
Vaccinations : - BCG - DT Polio - Hépatite B - Coqueluche - ROR - Autres	OUI OUI OUI OUI OUI OUI	NON NON NON NON NON NON	Date :
Vaccination Covid ou infection :	OUI	NON	Date :

SAISON PRECEDENTE		
Maladies Si oui, précisez :	OUI	NON
Traumatismes Si oui, précisez :	OUI	NON
Arrêt sportif Si oui, précisez nombre et périodes :	OUI	NON
CARDIOLOGIE		
Antécédents familiaux cardiaques (mort subite, infarctus du myocarde, arythmie...) Si oui précisez :	OUI	NON
Symptômes cardiaques (douleur thoracique, palpitations, malaise, essoufflement anormal à l'effort) Si oui, précisez :	OUI	NON
Maladie congénitale Si oui, précisez :	OUI	NON
Pathologie cardiaque Si oui, précisez :	OUI	NON
PNEUMOLOGIE		
Problèmes pulmonaires ou respiratoires (asthme, essoufflement a l'effort...) Si oui, précisez :	OUI	NON

LOCOMOTEUR- TRAUMATOLOGIE

Port de semelles orthopédiques	OUI	NON
Douleurs au dos	ANCIENNES	PRESENTES
Anomalie de courbure du rachis (cyphose, scoliose...) <i>Si oui, précisez :</i>	OUI	NON
Pathologies de croissance (Osgood, Sever...) <i>Si oui, précisez avec date :</i>	OUI	NON
Entorses (cheville, genou...) même minimales <i>Si oui, précisez localisation + fréquences + dates :</i>	OUI	NON
Blessures musculaires (claquage, élongation...) Blessures tendineuses <i>Si oui, précisez localisation + fréquences + dates :</i>	OUI	NON

*Pour chacune de vos blessures, merci de **nous fournir la totalité des comptes-rendus** de consultations médicales et/ou opératoires, de radiographies, d'IRM, de scanners, de scintigraphie etc...*

ENDOCRINOLOGIE GYNECOLOGIE

Date des 1ères règles / /		
Le cycle est-il régulier ?	OUI	NON
Traitement hormonal (pilule...) <i>Si oui, précisez :</i>	OUI	NON
Pathologie métabolique (thyroïde, diabète...) <i>Si oui, précisez :</i>	OUI	NON

Antécédents familiaux :

NEUROLOGIE-SENSORIEL		
Antécédents familiaux Si oui, précisez :	OUI	NON
Traumatisme crânien -commotion cérébrale Si oui précisez date et circonstances :	OUI	NON
Vertiges-Troubles de l'équilibre Si oui précisez date et circonstances :	OUI	NON
Migraines-Maux de tête fréquents Si oui précisez date et circonstances :	OUI	NON
Troubles visuels Si oui précisez : Port de correction : Date du dernier contrôle ophtalmologique / /	OUI	NON
Troubles auditifs Si oui précisez : Port d'un appareillage :	OUI	NON
PSYCHIATRIE-PSYCHOLOGIE		
Consultations et suivis Si oui, précisez :	OUI	NON
DERMATOLOGIE		
Problème cutané (allergies, eczéma, acné...) Si oui, précisez :	OUI	NON
Traitement passé ou actuel Si oui, précisez :	OUI	NON
OPHTALMOLOGIE		
Port de lunettes, lentilles Si oui, précisez le trouble de la vue :	OUI	NON
Date du dernier contrôle ophtalmologique / /		

CONSULTATIONS ET SUIVIS		
Suivi bucco-dentaire Date dernière consultation : / / Orthodontiste Si oui, précisez :	OUI	NON
Orthophoniste Si oui, précisez :	OUI	NON
ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :		
Date(s) et type(s) d'intervention :		
AUTRES ANTECEDENTS - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES		
Antécédents d'hospitalisation : Si oui, précisez :	OUI	NON
Maladies chroniques, problèmes familiaux, fatigue récurrente, difficultés d'adolescence, autres...) Si oui, précisez:	OUI	NON

Renvoyer soit

- par mail au service médical (medical.antibes@creps-paca.sports.gouv.fr),
- sous pli confidentiel à l'attention du service médical CREPS PACA site d'Antibes, 50 avenue du 11 Novembre BP 47 06601 ANTIBES Cedex

Centre de ressources, d'expertise et de performance sportive Provence-Alpes-Côte d'Azur
Site d'Antibes