Document à transmettre
sur votre espace Askamon :
https://pda.askamon.com/login

Attention :
Questionnaire page 5

SMR 2026 – Examen médical

NOM : .....Prénom : .....

Né(e) le : **……..**

Examen effectué à : **.....** le : **.....** Par le Docteur : **……..**

Signature et Cachet :

1. INTERROGATOIRE :

Antécédents particuliers : .....

.....

Pathologie depuis le dernier examen : .....

Blessures depuis le dernier examen : .....

Allergie connue (médicamenteux ou autre) : .....

Signe fonctionnel ce jour : .....

2. EXAMEN CARDIAQUE :

Signes fonctionnels cardiaques : .....

Dyspnée à l'effort : ……..... Palpitations : …….…… Douleurs thoraciques : ……

Autre : ……..

Récupération : .....

T.A. : ……..Pulsations : ……

Auscultation cardiaque : .....

Examen vasculaire (artério veineux) : .....

Electrocardiogramme de repos joindre une copie du tracé et valider cet examen sur la fiche récapitulative.

Interprétation : .....

Fréquence :……..……Rythme:……..…….…… Axe:……..……

Conduction:……..……

Repolarisation :……..…..

3. EXAMEN RESPIRATOIRE :

Signes fonctionnels respiratoires : .....

Tabagisme : .....

Asthme : ……..si **OUI** fournir les résultats de la dernière E.F.R. (justification thérapeutique)

Auscultation pulmonaire .....

4. EXAMEN DIGESTIF :

Signes fonctionnels digestifs : .....

Divers : .....

5. EXAMEN NEURO ET SOMMEIL :

Signe fonctionnel neurologique : .....

Qualité du sommeil:……..……..

6. EXAMEN ORTHOPEDIQUE :

Taille : ……Poids : ..... IMC : …….

Somme des 4 plis cutanés : ……Masse grasse :…….%

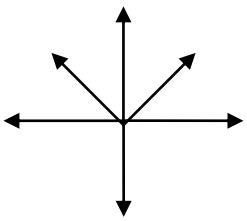
(Biceps + triceps + sus iliaque + sous scapulaire)

Examen postural général (utilisation du fil à plomb conseillée)

- axe frontal rachis : ……..
- axe sagittal rachis : ……
- flèche cervicale (C7) : Flèche lombaire (L2) : ……
- Bascule et rotation du bassin :
- Axe des MI : Valgus ( ) Varus ( ) recurvatum ( )
- Mobilité coxo-fémorale : ……..
- Examen podologique statique : ……

Examen Rachidien

- Test d'enroulement du rachis : Gibbosité oui non : ……..
  Déviation oui non : ……..
- Schoeber modifié lombaire (cm) F : 15 + X E : 15 - Y
- DDS* : (en cm)
- Inflexion Lat (DDF*) - Harmonieuse oui non : ……
  - Compensation oui non : ……
- Test d'hyper-extension lombo-sacrée
- Mobilité cervicale (active debout et passive DD*)



- palpation Vertébrale (contractures, DIM* …) :

…….

…….

…….

*DDS = Distance Doigt Sol, DDF = Distance Doigt tête de Fibula, DD = Décubitus Dorsal, DIM = Dérangement Intervertébral Mineur

Rétractions lombo-pelviennes

	D	G
Chaines postérieures MI		
Psoas (angle Hz – cuisse)		
DA (DTF)		
Tension sur Piriforme	Oui Non	Oui Non

Examen d'autres articulations (selon ATCD et interrogatoire)	
Epaule : Coude : Poignet : Genou : Pied :	Commentaires :

Merci de mettre une X dans la case correspondante

Examen postural général : Indices à coter par une X dans la colonne de droite		
	Disparition des courbures associées à des douleurs ostéo-articulaires	
	Disparition des courbures rachidiennes, troubles morphologiques	
	Courbures et équilibre physiologiques respectés	
Examen périphérique : Indices à coter par une X dans la colonne de droite		
	Lésion périphérique décompensée nécessitant une restriction d'activité à ce jour	
	Lésion à risque de compensation	
	Pas d'élément pathologique retenu	

7. EXAMEN DERMATOLOGIQUE :

Pathologie depuis le dernier examen :

8. EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE :

Sans correction : Œil droit :
Œil gauche :
Vision chromatique :

Avec correction : Œil droit :
Œil gauche :
Type de correction :

9. QUESTIONNAIRE GYNECOLOGIE :

Type de contraception ?.....

Les douleurs de règles me gênent parfois à l'entrainement	OUI	NON
A l'entrainement, à la course, au saut…à la toux, j'ai parfois quelques « fuites urinaires »	OUI	NON

10. QUESTIONNAIRE SUR LA FATIGUE, DEPISTAGE DU SURENTRAINEMENT :

(La somme du score de chaque réponse donne le score total de fatigue)

Pendant la semaine :	Pas du tout			Normal			Beaucoup
J'ai trouvé l'entraînement plus difficile	1	2	3	4	5	6	7
J'ai plus dormi	1	2	3	4	5	6	7
Mes jambes étaient plus lourdes	1	2	3	4	5	6	7
J'ai attrapé froid ou eu une infection	1	2	3	4	5	6	7
Ma concentration était plus difficile	1	2	3	4	5	6	7
J'ai travaillé moins efficacement	1	2	3	4	5	6	7
Je me suis senti plus irritable	1	2	3	4	5	6	7
J'ai été plus stressé à la maison, au travail	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL : ……

11. VACCINATION :

Usuelle

VACCIN	Date de la 1ère Injection	Date du dernier Rappel
BCG		
DTP		
Hépatite B		
ROR		

Maladies Tropicales

VACCIN	Date des dernières injections réalisées
Fièvre Jaune	

12. BILAN DIETETIQUE : (faire un résumé)

.....

.....

.....

.....

13. BILAN PSYCHOLOGIQUE :

Le sportif présente : ☐ Aucune difficulté particulière ☐ Quelques questionnements ou difficultés

Les questionnements ou difficultés se situent au niveau :

Du projet sportif : ☐ Oui ☐ Non ☐ Avis mitigé, Du projet scolaire, univ. Prof : ☐ Oui ☐ Non ☐Avis mitigé

Du contexte familial : ☐Oui ☐Non ☐Avis mitigé, Des relations à l'environnement : ☐Oui ☐Non ☐Avis mitigé

Une aide psychologique est conseillée : ☐Oui ☐Non -------- ☐Ponctuelle ☐Régulière

14. CONCLUSION:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de remplir le questionnaire en page 5 ➔➔➔➔➔➔➔➔

Merci de mettre une X dans la colonne OUI ou NON en fonction de votre réponse	**OUI(*)**	**NON(*)**
Avez-vous observé une anomalie chez ce (tte) sportif (ve) ? ***Si vous répondez non à cet item, il est inutile de répondre aux autres questions.***		
Dans quelle catégorie peut-on classer cette anomalie ?		
• Ostéo-articulaire		
○ Des membres (supérieurs ou inférieurs)		
○ Du rachis		
• Cardio-vasculaire		
○ sur l'ECG		
○ à l'échographie ○ lors de l'épreuve d'effort		
○ lors de l'examen clinique		
• Pulmonaire		
• Digestif		
• Neurologique		
• Ophtalmologique		
• Gynécologique		
• Diététique		
• Psychologique, fatigue surentraînement		
• Biologique		
○ Sanguin		
Est-ce que cette anomalie est directement liée avec la pratique de la voile ?		
Est-ce que cette anomalie va être aggravée par la pratique de la voile ?		
Avez-vous suspendu le (la) sportif (ve) de la pratique de la voile à cause de cette anomalie ?		
Suspension de moins de 15 jours		
Suspension de 15 à 45 jours		
Suspension de plus de 45 jours		
Avez-vous prescrit des examens complémentaires ?		
Jugez-vous nécessaire que le médecin coordonnateur de la surveillance médicale réglementaire entre en contact avec le (la) sportif (ve)?		
Est-ce que le (la) sportif (ve) a effectué une demande d'Autorisation d'Usage Thérapeutique (AUT) ?		

(*) Mettre une croix dans la case correspondant à votre réponse