

Examen médico-sportif

(Version 01.04.2021)

Date de l'examen :	_____
Examineur/trice :	_____
Nom, prénom :	_____
Date de naissance :	_____
Sexe :	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin

s.c. constatations importantes

1. Tête/cou

Yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>	verres de contact	<input type="checkbox"/>
Acuité visuelle (Acuité visuelle à distance)			à g. sans corr.		à dr. sans corr.	
			à g. avec corr.		à dr. avec corr.	
Nez/sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gorge/amygdales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Oreilles/tympan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
autre						

2. Thorax/poumons

Auscultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cage thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre		

3. Cœur/circulation

Pouls :	/min	TA :	/	mmHg
Auscultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Battements du cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pouls périphériques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Veines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

s.c. constatations importantes

8. Appareil locomoteur

Démarche/Posture/Axe des jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Forme du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bascule vers	<input type="checkbox"/> dr	<input type="checkbox"/> g	minus	en cm
Articulation sacro-iliaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Longueur de jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Colonne cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Colonne dorsale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Colonne lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ceinture scapulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Coudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Mains/poignets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Hanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Genoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Chevilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Longueur des muscles/souplesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tests fonctionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Constatations spécifiques au sport pratiqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Particularités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Marquer les constatations pathologiques (pour la rubrique 8):

