

# Examen médico-sportif

(Version 01.08.2019)

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**

4. **Ganglions lymphatiques**
- |                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> cervicaux dr / g | <input type="checkbox"/> axillaires dr / g |
|                          | <input type="checkbox"/> inguinaux dr / g | <input type="checkbox"/> autre             |

5. **Peau**
- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

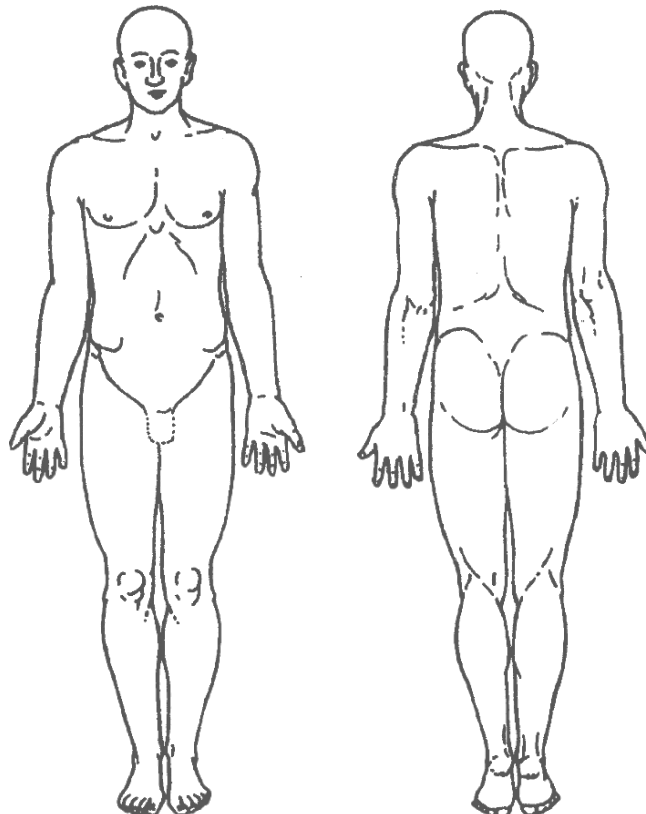
**6. Abdomen**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Palpation                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Foie                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rate                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reins                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hernies/Organes génitaux/ Score de Tanner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7. Système nerveux**

- |             |                          |   |  |                                |
|-------------|--------------------------|---|--|--------------------------------|
| Réflexes    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> réflexe achilléen dr/g | <input type="checkbox"/> réflexe rotulien dr/g | <input type="checkbox"/> autre |
| Sensibilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        |  |                                |
| Motricité   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        |  |                                |

Marquer les constatations pathologiques (pour les rubriques 1-7):



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):

