



COMITÉ DÉPARTEMENTAL
DE TENNIS DE TABLE DE PARIS

Dossier Médical

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE :

SPECIALITE SPORTIVE :

CLUB :

ENTRAINEUR :

MEDECIN TRAITANT (Nom et adresse) :

Ce dossier est un élément essentiel du suivi médical de l'entraînement.

Il permet de mieux vous connaître. C'est pourquoi nous vous demandons de le remplir avec soin.

Répondez aux questions posées en entourant la réponse OUI / NON ou en écrivant la réponse.

MALADIES

Avez-vous eu les maladies ci-dessous ?

1. Asthme	OUI	NON
2. Tuberculose	OUI	NON
3. Autres affections respiratoires (pleurésie, pneumonie, bronchites fréquentes)	OUI	NON
4. Maladies du cœur, palpitations, douleurs	OUI	NON
5. Hypertension artérielle, artérite, varices	OUI	NON
6. Maladies des reins et des voies urinaires, coliques néphrétiques	OUI	NON
7. Albumine dans les urines	OUI	NON
8. Maladies de l'estomac, aigreurs, digestion difficile	OUI	NON
9. Maladie du foie ou jaunisse	OUI	NON
10. Maladies de l'intestin, douleur, constipation, diarrhée	OUI	NON
11. Diabète	OUI	NON
12. Autres maladies des glandes	OUI	NON
13. Variations importantes du poids : prise de poids amaigrissement	OUI OUI	NON NON
14. Maladies du sang (hémophile ou autres)	OUI	NON
15. Méningite – Encéphalite	OUI	NON
16. Paralysie – Poliomyélite	OUI	NON
17. Epilepsie – Crises nerveuses	OUI	NON
18. Surmenage, dépression nerveuse ou troubles nerveux	OUI	NON
19. Rhumatisme articulaire aigu	OUI	NON
20. Maladies vénériennes (blennorragie, syphilis, chlamydiae)	OUI	NON
21. Maladies de la peau (eczéma, urticaire ou autres)	OUI	NON
22. Otites – Mastoïdites	OUI	NON
23. Sinusites fréquentes	OUI	NON
24. Angines fréquentes, rhinopharyngites, laryngites	OUI	NON
25. Avez-vous porté des lunettes	OUI	NON
26. Maladies des yeux	OUI	NON
27. Réactions allergiques (aux vaccins, médicaments, aliments, etc...)	OUI	NON
28. Intoxications par produits toxiques, aliments, asphyxie (gaz, fumée)	OUI	NON
29. Maladies infectieuses ou parasitaires	OUI	NON
30. Autres maladies (en dehors des maladies de l'enfances) : précisez	OUI	NON

PATHOLOGIES TRAUMATIQUES et CHIRURGICALES

(Blessures, Accidents, Interventions chirurgicales)

Ne mentionnez que les pathologies ayant entraîné une diminution ou un arrêt de l'entraînement
Précisez : l'année de survenue, la localisation, le traitement et les séquelles éventuelles

31. Traumatismes crâniens et faciaux (avec ou sans perte de connaissance) OUI NON
1) - Date : - Localisation :
- Traitement :
- Séquelles :
32. Fractures OUI NON
1) - Date : - Localisation :
- Traitement :
- Séquelles :

2) - Date : - Localisation :
- Traitement :
- Séquelles :
33. Entorses et luxations (articulations) OUI NON
1) - Date : - Localisation :
- Traitement :
- Séquelles :

2) - Date : - Localisation :
- Traitement :
- Séquelles :
34. Pathologies des muscles (élongations, claquages, déchirures) OUI NON
1) - Date : - Localisation :
- Traitement :
- Séquelles :

2) - Date : - Localisation :
- Traitement :
- Séquelles :
35. Pathologies des tendons (tendinites, ruptures) OUI NON
1) - Date : - Localisation :
- Traitement :
- Séquelles :

2) - Date : - Localisation :
- Traitement :
- Séquelles :
36. Pathologie du rachis (cervical, dorsal, lombaire) OUI NON
1) - Date : - Localisation :
- Traitement :
- Séquelles :
37. Avez-vous été opéré ? (précisez) OUI NON

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

(Précisez les réponses positives)

38. Avez-vous été hospitalisé ? OUI NON

-

39. Avez-vous changé d'activité sportive pour des raisons de santé ? OUI NON

-

40. Avez-vous suivi un traitement médical de longue durée ? OUI NON

-

41. Avez-vous suivi un régime alimentaire ? OUI NON

-

POUR LES FEMMES

42. Age des premières règles OUI NON

-

43. Avez-vous eu des troubles du cycle ? OUI NON

-

44. Avez-vous présenté des affections gynécologiques ? OUI NON

-

Je certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus.

Fait, le

Signature :