

Examen médico-sportif

Nom, prénom:	Date de l'examen:
Date de naissance:	Examineur/trice:

s.c. constatations importantes

1. Tête/cou




Yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lunettes/verres de contact	<input type="checkbox"/> dr	<input type="checkbox"/> g
Nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dentition	<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"/>
Battement du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cage thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre		

3. Coeur/circulation

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

		
1e BC	2e BC	1e BC

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

7. Système nerveux

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

s.c. constatations importantes

8. Colonne vertébrale/tronc

Démarche/Posture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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	<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"/>				
Résultats spécifiques						
à la discipline sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Etirement musculaire/souplesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Marquer les constatations pathologiques: —

