Formulaire Médical

Special Olympics

À remplir par un médecin agréé qualifié pour effectuer des examens physiques et prescrire des médicaments. Si nécessaire, veuillez utiliser des pages supplémentaires pour énumérer tout ce que Special Olympics devrait savoir sur cet athlète.

Prénom et nom de l'athlète : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____/_____/_____

Taille (po/cm)	Poids (lb/kg)	Tour de taille (po/cm)	Température (°F/°C)	Pouls (bpm)	O2Sat (%)	Tension artérielle (mmHG)		Vision (sur 20)	
						systolique	diastolique	os	od

L'athlète présente-t-il l'un des éléments suivants ?						
Hypertension artérielle	◯ Oui	◯ Non		Maladie cœliaque	◯ Oui	◯ Non ◯ Inconnu
Maladie rénale	◯ Oui	◯ Non	◯ Inconnu	Ostéoporose	◯ Oui	◯ Non ◯ Inconnu
Anémie	◯ Oui	◯ Non	◯ Inconnu	Non verbal	◯ Oui	◯ Non

Un membre de la famille ou un membre de la famille est-il décédé d'un problème cardiaque ou d'une mort subite avant l'âge de 50 ans ?	◯ Oui	◯ Non	
L'athlète est-il né sans ou sans rein, œil, testicule ou tout autre organe ?	◯ Oui	◯ Non	

L'athlète a-t-il déjà subi des interventions chirurgicales ?	◯ Oui	◯ Non	◯ Inconnu
L'athlète a-t-il déjà eu un électrocardiogramme (ECG) ou un échocardiogramme (ECHO) anormal ?	◯ Oui	◯ Non	◯ Inconnu
L'athlète a-t-il déjà eu des os cassés ou des articulations disloquées ?	◯ Oui	◯ Non	◯ Inconnu
L'athlète souffre-t-il d'une maladie du foie ?	◯ Oui	◯ Non	◯ Inconnu
L'athlète souffre-t-il d'une maladie pulmonaire ?	◯ Oui	◯ Non	◯ Inconnu
L'athlète a-t-il une maladie cardiaque ?	◯ Oui	◯ Non	◯ Inconnu

Médical		
Yeux, oreilles, nez et gorge : comprennent les pupilles, l'ouïe	◯ Normal	◯ Anormal
Cœur : Inclure des souffles (auscultation debout, auscultation en décubitus dorsal et manœuvre ± valsalva)	◯ Normal	◯ Anormal
Poumons	◯ Normal	◯ Anormal
Abdomen	◯ Normal	◯ Anormal
Peau : HSV, SARM ou tinea corporis	◯ Normal	◯ Anormal
Neurologique	◯ Normal	◯ Anormal

Musculosquelettique					
Cou	◯ Normal	◯ Anormal	Hanche et cuisse	◯ Normal	◯ Anormal
Dos	◯ Normal	◯ Anormal	Genou	◯ Normal	◯ Anormal
Épaule et bras	◯ Normal	◯ Anormal	Bas de la jambe et cheville	◯ Normal	◯ Anormal
Coude et avant-bras	◯ Normal	◯ Anormal	Pied et orteils	◯ Normal	◯ Anormal
Poignet, main et doigts	◯ Normal	◯ Anormal			

Constatations supplémentaires pour l'une des affections ci-dessus :

Examen Médical Physique - *À remplir par le praticien seulement.*

ADMISSIBILITÉ MÉDICALE AU SPORT (À REMPLIR PAR LE PRATICIEN SEULEMENT)

Médecin agréé : Il est recommandé que le praticien examine les éléments relatifs aux antécédents médicaux avec l'athlète ou son tuteur avant d'effectuer l'examen physique. Si une évaluation médicale plus poussée est justifiée, le praticien doit diriger l'athlète vers un spécialiste et réévaluer les résultats de cet examen afin de déterminer l'admissibilité à la participation.

- ◯ Médicalement admissible pour tous les sports ou pour les sports énumérés : _____ sans restriction.
- ◯ Médicalement admissible pour tous les sports ou pour les sports énumérés : _____

  avec des recommandations pour une évaluation ou un traitement plus approfondi de : _____
- ◯ Non admissible sur le plan médical en attendant une évaluation plus approfondie de : _____
- ◯ Non médicalement admissible à participer aux sports suivants : _____
- ◯ Ne peut être médicalement admissible à aucun sport

J'ai examiné l'athlète nommé sur ce formulaire et j'ai complété l'évaluation physique avant la participation. L'athlète ne présente pas de contre-indications cliniques apparentes à la pratique et peut participer au(x) sport(s) tel qu'indiqué sur ce formulaire. Si des conditions surviennent après que l'athlète a été autorisé à participer, le médecin peut annuler l'admissibilité médicale jusqu'à ce que le problème soit résolu et que les conséquences potentielles soient complètement expliquées à l'athlète (et aux parents ou tuteurs).

Nom du médecin autorisé (en caractères d'imprimerie ou dactylographiés) : _____ Date (jj/mm/aaaa) : ____/____/_____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Signature du médecin agréé : _____

NPI ou numéro de licence : _____ Type de licence (MD, DO, NP ou PA) : _____