

N° Adhérent : .....  M.  Mme.  Mlle.

NOM et PRENOM : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Date et lieu de naissance : .....

Etabli par le Docteur : ..... Etes-vous le Médecin du club ?  oui  non

Si non, connaissez-vous le proposant pour une raison médicale ?  oui  non

Si oui, laquelle ? .....

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

I. Aspect général				Taille : .....cm
				Poids : .....kg
		Non	Oui	COMMENTAIRES
	<b>Existe-t-il une affection cutanée ou des cicatrices ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez:.....
	<b>Y a-t-il des signes d'alcoolisme ou d'intoxications diverses ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?.....
II. Psychiatrie				
	<b>Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?..... ..... .....
III. Organes sensitifs				
	<b>Y a-t-il un défaut de la vue ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ?..... Acuité visuelle : avant correction : OD .....OG..... après correction : OD .....OG.....
	<b>Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unilatérale ou bilatérale :..... Totale ou partielle :.....
IV. Appareil respiratoire				
	<b>Votre examen met-il en évidence une anomalie ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle :.....
V. Appareil cardio-vasculaire				
	<b>Existe-t-il une anomalie à l'auscultation cardiaque ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle :.....
	<b>Existe-t-il des troubles du rythme ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez:.....
	<b>Existe-t-il une anomalie à l'auscultation des troncs artériels (carotides, axes ilio-fémoraux) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez:.....
	<b>Existe-t-il une anomalie à la palpation des artères périphériques ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez:.....
	<b>Troubles du système veineux, œdèmes, troubles trophiques ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?.....

**Tension artérielle :**

Systolique :..... Diastolique :.....  Traitée \*  Non traitée \* Pouls :.....

*Si les chiffres de la pression artérielle sont supérieurs à 150/90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après dix minutes de repos allongé.*

**Contrôle éventuel :**

Systolique :..... Diastolique :..... Pouls :.....

# Rapport médical - Sportifs professionnels

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

		Non	Oui	COMMENTAIRES	
<b>VI. Appareil digestif et annexe</b>					
	<b>La bouche et la gorge ont-elles un aspect pathologique ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel : .....	
	<b>La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel : .....	
	<b>Y a-t-il une hépatomégalie ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de cm..... Consistance.....	
	<b>Y a-t-il une splénomégalie ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpable sur.....cm	
	<b>Y a-t-il une hernie ou une éventration ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Description :..... .....	
<b>VII. Etat des os et articulations</b>					
<b>Citez les antécédents traumatiques ou dégénératifs (entorses graves, fractures...) avec dates, nature et résultats des traitements (joindre les pièces nécessaires)</b>					
.....					
.....					
.....					
.....					
<b>Constatez-vous des anomalies à l'examen des parties du corps, suivantes :</b>				<b>DROIT</b>	<b>GAUCHE</b>
	Épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Coudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Poignets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Hanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Constatez-vous au niveau des GENOUX :</b>				<b>DROIT</b>	<b>GAUCHE</b>
	- un choc rotulien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- un mouvement de tiroir et / ou de latéralité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- des signes en faveur d'une atteinte méniscale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- des signes inflammatoires en regard de l'articulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- l'existence ou non d'une amyotrophie du quadriceps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- un signe du rabot ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- des douleurs le long des ligaments latéraux à la pression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- des douleurs ou une anomalie au niveau des tendons rotuliens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Constatez-vous au niveau des CHEVILLES :</b>				<b>DROIT</b>	<b>GAUCHE</b>
	- l'existence de mouvements anormaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- des douleurs le long des ligaments et en particulier le long du tendon d'Achille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- de l'œdème avec signes inflammatoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	une limitation des mouvements de la :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- tibio-tarsienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- sous-astragalienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- tarso-métatarsienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

		Non	Oui	COMMENTAIRES		
<b>Constatez-vous au niveau du Rachis :</b>				DROIT	GAUCHE	
	- une déformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	- une anomalie à la palpation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	- un déficit de la mobilité (Schöber) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	- un Lasègue ? de quel côté ? et à quel angle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	- une anomalie neurologique :					
	- troubles de la sensibilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	- troubles moteurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	- anomalie des ROT rotuliens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	- anomalie des ROT achilléens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	- troubles sphinctériens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>VIII. Glandes endocrines</b>						
	<b>Anomalies</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles ?..... ..... .....		
<b>IX. Ganglions lymphatiques</b>						
	<b>Anomalies</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles ?..... ..... .....		
<b>X. Organes génito-urinaires</b>						
<i>Un examen succinct des urines, par les moyens dont vous disposez à votre cabinet, est indispensable :</i>						
	<b>Albumine</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<b>Sucre</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<b>Pus</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<b>Sang</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
	<b>Y a-t-il une anomalie à la palpation des reins ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ?..... ..... .....		
	<b>Y a-t-il une anomalie des seins ou des testicules ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ?..... ..... .....		

**JOINDRE A CE DOCUMENT s'il y a lieu**

- Les comptes rendus opératoires des interventions,
- Les comptes rendus des dernières radiographies simples, IRM, scanner,
- Les comptes rendus des arthrographies ou arthroscopies,
- Le compte rendu des examens cardiaques (ECG, échocardiographie...),
- Les résultats des examens biologiques.

Observations : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Nous vous demandons d'avoir l'obligeance de ne communiquer au client aucun avis qui puisse préjuger de la décision de la Compagnie. En conclusion de votre interrogatoire et de votre examen clinique le Médecin-conseil de la Compagnie vous remercie de vos commentaires.

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du Médecin examinateur

**APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP**

**Siège social,**  
 Immeuble Aprilium  
 114 boulevard Marius Vivier Merle  
 69439 LYON Cedex 03  
 Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

