

Examen médico-sportif

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

s.c. constatations importantes

1. Tête/cou

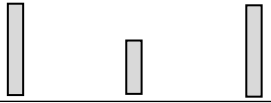
Yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lunettes/verres de contact	<input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g
Nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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"/> |
| <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 achilléen dr/g rotulien dr/g autre

Sensibilité

Motricité

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: —

