

Nom : Prénom : Né(e) le

Discipline :

Saison précédente : Nb d'heures par semaine : Nb de séances/ semaine :

A compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin)

ATCD Familiaux : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)

Pas de mort subite
 Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans
 Autres :

ATCD personnels : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)

Médicaux : *fracture plateau tibia gauche (orthopédique)* Anaphylaxie
 Asthme
 COVID 19 confirmé

Chirurgicaux :

Traumatologiques : Séquelles fonctionnelles
 Pathologie rachidienne
 Précisez :

Imagerie du rachis : Rx IRM (si oui, date:.....)

Gynécologie : 1ères règles > 16ans ; cycles irréguliers ; période d'aménorrhée > 3mois ; Douleurs menstruelles ;
 Prise de poids fatigüe avant les menstruations ; Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes)

Traitement actuel : */* Pas d'AUT demandé
 AUT accepté : Date de fin de validité :

En cas de traitement, vérifier si besoin d'AUT
 Aucun

Prise de : Vitamine D (si oui posologie : *100000i/hiver*)
 Fer
 autre :

Vaccins Obligatoires à jour : Prise de compléments alimentaires : Oui Non
 Si oui, lesquels : *oméga 3*

Mode de vie :
 Sommeil : deh àh Pas de troubles du sommeil

Cocher si Aucune ou préciser la fréquence si consommation occasionnelle ou régulière :

Consommation	Aucune	Occasionnel	Régulier
Tabagisme	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cannabis	<input checked="" type="checkbox"/>		
Alcool		<input checked="" type="checkbox"/>	

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
 Nom : Prénom : signature

Nom : LAMBERT

Prénom : Jehannan

 Doléances actuelles :
 Aucune

 Signes de COVID ou syndrome post COVID

 Saison actuelle : Aménagement des entraînements
 si oui durée (cumulée) : Motif :

Poids : 71 kg Taille : 163 cm Masse Grasse : %

TA (Droite)	138 mmHg	FC	63 bpm
TA (Gauche)	68 mmHg	Saturation (repos)	98 %

Examen cardiologique :

 Pas de Souffle

 Pas de Signes de Marfan

 ECG date... 02/12/21 Normal Anomalies mineures Anomalies majeures si oui, préciser :

Examen de l'appareil locomoteur :

 Rachis Hyperlordose Lombaire Hypercyphose dorsale

Distance main sol... 0 cm:

 Test d'hyperextension du rachis dorso lombaire en décubitus ventral (à 90°): indolore douloureux

Palpation / Testing / Diagnostics / Ex complémentaires demandés

 Pas de signe d'ostéochondrose

 Pas de signes de tendinopathie

 Pas de lyse isthmique connue ou suspectée

 Gynécologie : Aménorrhée primaire Date de la ménarche :

 Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes) troubles menstruels Contraception Orale Consultation spécialisée souhaitée

Reste de l'examen (Pneumo, abdominal, ORL, Neuro...):

Examens SMR	Questionnaire Surentraînement	Evaluation diététique	Vit D (facultatif)	Bilan psychologique	Sérologie COVID
Date			02/12/21		
Anomalie(s)/résultat	NF	NF	laupale	NF	NF

Conclusions : Date :

Signature et cachet :

Tel et E-mail du médecin :

 Apte à la poursuite du haut niveau Contre indication Temporaire
 Avis réservé sur la poursuite du haut niveau, avis du médecin fédéral demandé
 Examens complémentaires demandés

Docteur Marc ROZENBLAT
 Médecine du Sport
 Médecine Manuelle-Ostéopathie
 32 ter Av du Général Leclerc
 77330 OZOIR LA FERRIERE
 Tél: 01 64 40 10 10
 www.rozenblat-marc.fr
 77.1.03780.1 pp 1002002 080

Camille BOUVAIS
 Médecin remplaçante
 10101676434



SMR 2020-2021

2021-2022

A compléter et
à télécharger dans votre espace **personnel EliteGym**

CERTIFICAT MEDICAL ELITE

(Rédigé par le médecin du sport après avoir complété le dossier médical dit « élite »)

Je soussigné Dr BOUVRAIS Camille

Certifie avoir examiné et complété le dossier médical « Elite » de

M. / Mme :

Nom LAMBERT Prénom Johanna Date de naissance 05/05/2001

L'examen n'a pas révélé de contre indication à la pratique de la gymnastique «Elite» pour la discipline
gymnique suivante : général

Certificat valable **1 an**, au cours de la saison sportive 2020-2021

Signature du Médecin ayant effectué l'examen médical et établi le dossier médical « ELITE »

Date : 02/12/21 Cachet professionnel et Signature :

Docteur Marc ROZENHAT
Médecine du Sport
Médecine Manuelle-Ostéopathie
32 ter Av du Général Leclerc
77330 OZOIR LA FERRIERE
Tél: 01 64 40 30 10
www.rozenhat-marc.fr
77-1-93780-1 - n°s: 1000000000


Dr. Camille BOUVRAIS
Médecin remplaçant
RPPS : 10101676434

Sebastien Lambert

Compte rendu de lecture de l'ECG



Patient

Nom Sebastien Lambert
Identification du patient ISP132174
Date de naissance 05/05/2001
Sexe Homme
Taille Pas de donnée
Poids Pas de donnée

Médecin

Médecin du patient Dr Marc ROZENBLAT
Centre de lecture GEAT
PRENOM NOM - NOM DE LA CLINIQUE

Enregistrement

2021-12-02, 14:21:33, 10 Secondes
Fréquence cardiaque min. 59 /min
Fréq. cardiaque moyenne 62 /min
Fréquence cardiaque max. 67 /min

Lecture

Rythme Rythme sinusal
Extrasystole Aucune
Axe 30° < Axe < 60°
Onde P Normal
Intervalle PR Normal
Onde Q Normal
QRS Normal
Intervalle QTc Normal
Segment ST ST Isoelectrique
Onde T Normal
Hypertrophie Aucune

Mesure de l'ECG

Dérivation I
Mesure de la position 0 s
Fréquence cardiaque 62 /min
Intervalle PQ/PR 136 ms
Intervalle QRS 112 ms
Intervalle QT 428 ms
QTc (Bazett) 436 ms

Commentaires

Tracé® ECG sans particularité®



