1

FÉDÉRATION FRANÇAISE NATATION

ANNEXE 2

Formulaire d'examen médical à compléter par un Médecin du Sport ou un Cardiologue accompagné d'un ECG

Date de l'examen (valide pour 6 mois) : _____

Informations personnelles du nageur/de la nageuse :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Genre :
Nationalité :
Adresse :
Téléphone :
Mail :

Questionnaire de santé *(à remplir par le nageur/la nageuse) :*

Entourer Oui ou Non, si Oui, merci de préciser l'information.

1 – Antécédents médicaux	Oui / Non
2 – Antécédents chirurgicaux	Oui / Non
3 – Traitement médical en cours	Oui / Non
4 – Allergies	Oui / Non
5 – Antécédents cardiovasculaires (ex : TA, arythmie, Raynaud)	Oui / Non
6 – Antécédents cardiovasculaires familiaux	Oui / Non
7 – Antécédents respiratoires (ex : asthme)	Oui / Non
8 – Antécédents neurologiques (ex : épilepsie)	Oui / Non
9 – ORL (oreilles, nez, gorge)	Oui / Non
10 – Yeux (problèmes de vue, chirurgie)	Oui / Non

11 – Antécédents psychiatriques	Oui / Non
12 – Hospitalisation (dans les 5 années écoulées)	Oui / Non
13 – Expérience de la nage en glacée	Oui / Non
14 – Problème de réchauffement après nage en eau glacée (Hypothermie, arythmie)	Oui / Non
15 – Expérience de pratique sportive en altitude	Oui / Non
16 – Problème d'adaptation à l'altitude	Oui / Non

Commentaires :

Je déclare par la présente :

- Qu'à ma connaissance mon état de santé général est bon ;
- Que j'ai déclaré toutes les informations pertinentes en ma possession pour l'évaluation de mon état de santé en vue de la pratique de la Nage Eau Froide ;
- Que j'autorise la transmission de ces informations à l'organisateur de la compétition ;
- Que je m'engage à informer à l'organisateur de la compétition de toute évolution de mon état de santé entre la date du présent examen et celle de la compétition ;

Fait à :

Date :

Signature :

Partie à remplir par le médecin examinateur (obligatoirement un médecin du sport ou un cardiologue) :

Examen général :

- Poids :
- Taille :
- IMC :

Examen cardiovasculaire :

- Fréquence cardiaque :
- Tension artérielle :
- Interprétation de l'ECG (obligatoire) :

Examen respiratoire :

- Fréquence respiratoire :
- Saturation de l'oxygène :
- Mesure du Peak Flow :
- Commentaire général :

Examen ORL :

- Tympans
- Pharynx

Examen abdominal :

Examen neurologique:

Commentaire général :

Après examen, je déclare ne constater aucune contre-indication médicale pouvant empêcher la pratique de la Nage Eau Froide (ou de la Nage en Eau Glacée) en compétition pour
M. / Mme. _____

Fait à : _____ Date : _____

Nom du médecin : Spécialité :

Adresse :
Mail : Téléphone : Signature :