

**1/ Description des obligations :****L'âge s'entend au 01 juillet de la saison**

Examens recommandés ou obligatoires pour la pratique en Rugby Loisir :

**1/ QUESTIONNAIRE MEDICAL SPECIFIQUE** une fois par an.**2) EXAMEN CLINIQUE** de non contre-indication à la pratique du Rugby Loisir : obligatoire tous les ans.**3) EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**Entre 18 et 39 ans : examens recommandés

- Cardiologie : électrocardiogramme de repos tous les 5 ans
- Biologie : bilan glucido-lipidique lors de l'affiliation

A partir de 40 ans : examens obligatoires

- Cardiologie : électrocardiogramme de repos et épreuve d'effort tous les 5 ans (tous les ans si anomalies ou antécédents)
- Biologie : bilan glucido-lipidique tous les 5 ans (ou tous les ans si anomalies ou antécédents)
- IRM cervicale ou lombaire tous les ans pour les joueurs de 1<sup>ère</sup> ligne présentant des antécédents

Certificat de non contre-indication Rugby Loisir délivré par le médecin traitant sur présentation du bilan. Possibilité de vérification de la conformité du bilan (1, 2, 3) par le président de la commission médicale territoriale. Possibilité de demande d'expertise (IRM d'un canal cervical étroit par exemple) aux frais du joueur ou de la joueuse.

**NB** : Tous les examens sont à la charge du joueur ou de la joueuse. Pas de remboursement par l'Assurance Maladie sauf prescription par le médecin traitant, en fonction des réponses au questionnaire spécifique ou des antécédents.

**2 / Pour Validation de la licence.**

Certificat de non contre-indication Rugby Loisir délivré par le médecin traitant sur présentation du bilan.

**2/ Questionnaire médical spécifique :**

**Ce document doit être rempli lors de l'examen complet permettant d'apprécier l'absence de contre-indication à la pratique du rugby à partir de 40 ans au sein des compétitions organisées par le comité et/ou la FFR.**

**NOM – Prénom** : ..... **Date de naissance** : .....

**Cardiologie :**Souffrez-vous d'hypertension artérielle ? .....  non  ouiSouffrez-vous d'hypercholestérolémie ? .....  non  ouiFumez-vous ? .....  non  oui

Si oui, combien par jour et depuis combien de temps ? .....

Dans votre famille, vos proches ont-ils eu :

De l'hypertension ? .....  non  oui Si oui, à quel âge ? .....Un accident vasculaire ? .....  non  oui Si oui, à quel âge ? .....Un infarctus ? .....  non  oui Si oui, à quel âge ? .....Avez-vous déjà eu un électrocardiogramme ? .....  non  ouiUn échocardiogramme ? .....  non  ouiUne épreuve d'effort maximal ? .....  non  ouiAvez-vous déjà eu une phlébite ? .....  non  ouiUne embolie pulmonaire ? .....  non  ouiDes troubles de la coagulation ? .....  non  oui

A quand remonte votre dernier bilan sanguin ?

**Date** : .....Etait-il normal ? .....  non  ouiAvez-vous du diabète ? .....  non  ouiQuelqu'un de votre famille ? .....  non  oui

**Crâne :**

Avez-vous déjà été hospitalisé pour ?

Traumatisme crânien .....  non  oui  
Perte de connaissance .....  non  oui  
Épilepsie .....  non  oui

Avez-vous déjà eu des troubles de l'équilibre ? .....  non  oui  
des troubles neurologiques ? .....  non  oui  
une paralysie ? .....  non  oui  
des troubles sensitifs ? .....  non  oui  
une ou des commotions cérébrales ? .....  non  oui

**Rachis :**

Avez-vous déjà eu des problèmes vertébraux ? .....  non  oui  
Une anomalie à l'imagerie (radio, scanner, IRM) ? .....  non  oui  
Lumbago, sciatique vraie ? .....  non  oui  
Entorse cervicale ? .....  non  oui  
Fracture ou luxation du rachis ? .....  non  oui  
Tassement vertébral ? .....  non  oui  
Canal cervical étroit ? .....  non  oui  
Canal lombaire étroit ? .....  non  oui

***J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus***

Date : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**3/ Validation par le président de la commission médicale du Comité Territorial :**

Les documents ci-dessus doivent être conservés par le joueur et le médecin traitant et pourront être réclamés pour contrôle par le président de la commission médicale territoriale ou par le médecin mandaté par le président de la commission médicale territoriale.

**Les 10 règles d'or « Absolument pas n'importe comment »**  
**Recommandations éditées par le Club des Cardiologues du Sport**

- 1-** Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou tout essoufflement anormal survenant à l'effort.
- 2-** Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 3-** Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 4-** Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives
- 5-** Je bois 3 ou 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice, à l'entraînement comme en compétition
- 6-** J'évite les activités intenses par des températures extérieures < - 5 ° C ou > + 30° C et lors des pics de pollution
- 7-** Je ne fume jamais dans les 2 heures qui précèdent et suivent la pratique sportive
- 8-** Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général
- 9-** Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 10-** Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense (plus de 35 ans pour les hommes et plus de 45 ans pour les femmes)