

1/ Description des obligations : (L'âge s'entend au 01 juillet de la saison en cours).**Examens recommandés ou obligatoires pour la pratique en Rugby Loisir :**

1/ Questionnaire médical spécifique : 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** : Electrocardiogramme de repos (E.C.G.) : **lors de la 1^{ère} demande de licence, recommandé si jamais effectué.**- **BIOLOGIE** : Bilan glucido-lipidique : **une fois, recommandé.****A partir de 40 ans : examens obligatoires :**- **CARDIOLOGIE** : Electrocardiogramme de repos (E.C.G.) et Epreuve d'effort : **tous les 5 ans, (tous les ans si anomalies ou antécédents).**- **BIOLOGIE** : Bilan glucido-lipidique : **tous les 5 ans (tous les ans si anomalies ou antécédents).**- **IMAGERIE** : IRM cervicale et/ou lombaire : **tous les ans pour les joueurs de 1^{ère} ligne présentant des antécédents.**

Certificat de non contre-indication à la pratique du 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 régionale. 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 la Sécurité Sociale sauf prescription par le médecin traitant, en fonction des réponses au questionnaire spécifique ou des antécédents.

Pour Validation de la licence,

Certificat de non contre-indication à la pratique du 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 Loisir à partir de 40 ans au sein des compétitions organisées par l'organisme régional 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 régionale :

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 régionale ou par le médecin mandaté par le président de la commission médicale régionale.

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)