#### **DOCUMENT MEDICAL - LICENCE COMPETITION DE 45 ANS A 49 ANS**

(Joueurs et joueuses âgés de 45 et 49 ans à la date du 01 juillet)

# 1/ Description des obligations :

### Après 45 ans jusqu'à 49 ans (au 01 juillet de la saison)

Examens obligatoires pour la pratique en compétition :

### 1/ QUESTIONNAIRE MEDICAL SPECIFIQUE une fois par an.

2/ CARDIOLOGIE: électrocardiogramme de repos, échographie cardiaque et épreuve d'effort par un médecin cardiologue à 45 ans, 47 ans et 49 ans (ou dans l'intervalle en cas de nouvelle affiliation). Le médecin cardiologue pourra exiger un bilan annuel.

3/ BIOLOGIE: bilan glucido-lipidique à 45 ans, 47 ans et 49 ans (ou dans l'intervalle en cas de nouvelle affiliation). Le médecin cardiologue ou le médecin signataire du certificat médical spécifique pourra exiger un bilan annuel.

#### 4/ IRM CERVICALE:

- Tous les ans pour les joueurs de première ligne.
- Tous les deux ans pour les autres postes, tous les ans si anomalies ou antécédents.

Certificat de non contre-indication en compétition délivré par le médecin traitant sur présentation du bilan. Vérification de la conformité du bilan (1, 2, 3 et 4) 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,

L'ensemble des documents requis doit être adressé, sous pli confidentiel à M. le President de la Commission Médicale Territoriale concernée.

## 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 après 40 ans au sein des compétitions organisées par la FFR.

NOM – Prénom : Date de naissance :										
Cardiologie:										
Souffrez-vous d'hypertension artérielle ? Souffrez-vous d'hypercholestérolémie ? Fumez-vous ? Si oui, combien par jour et depuis combien de temps ?	⊒ non □ oui ⊒ non □ oui									
Dans votre famille, vos proches ont-ils eu :  De l'hypertension ? □ non □ oui Si ou Un accident vasculaire ? □ non □ oui Si ou Un infarctus ? □ non □ oui Si ou	ui, à quel âge ?									
Avez-vous déjà eu un électrocardiogramme ?  Un échocardiogramme ?  Une épreuve d'effort maximal ?	□ no □ no	n □ oui n □ oui n □ oui								
Avez-vous déjà eu une phlébite ?	non 🚨 ou	İ								
A quand remonte votre dernier bilan sanguin ? Date : Etait-il normal ?										
Avez-vous du diabète ?  Quelqu'un de votre famille ?	□ no									

Avez-v	ous déjà été hospitalisé pour ?		D:					
	Traumatisme crânien	u non	<b>⊔</b> oui					
	Perte de connaissance Épilepsie		□ oui					
Avez-v	ous déjà eu des troubles de l'équilibre '	?	<b>□</b> oui	□ non □	l oui			
7.VC2 V	des troubles neurologiques ?	•		□ non □	a oui			
	une paralysie ?			□ non □	oui Doui			
	des troubles sensitifs ?			□ non □	oui oui			
	des troubles sensitifs ? une ou des commotions cérébrales ?			non	oui oui			
Rachis								
	_						49 AF	5
Avez-v	ous déjà eu des problèmes vertébraux Une anomalie à l'imagerie (radio, sca	?			<b>⊒</b> non	u oui	7	2
	Une anomalie à l'imagerie (radio, sca	inner, IRM) ?_			<b>」</b> non	u oui		
	Lumbago, sciatique vraie ?				<b>」</b> non	□ oui		
	Entorse cervicale ? Fracture ou luxation du rachis ?			<b>ا</b> ۔۔۔۔۔۔۔۔۔	⊒ non ⊒ non	□ oui	X	
	Tassement vertébral ?				Inon	D oui	<b>~</b>	
	Canal cervical étroit ?				non	oui 9	•	
	Canal lombaire étroit ?				non I	oui oui		
						6		
	J'atteste sur l'honneur	l'exactitude d	des rensei	ignements	portés	ci-dessus	;	
Date :			Signatu	ire	4			
					) `			
3/ Certificat mé	édical spécifique :			2				
	-			.0`				
Je sous	ssigné Docteur			certifie a	voir exa	aminé ce jo	ur,	
(Nom,	prénom)		nė(e)	) le		,		
				\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \				
en vue	d'établir un certificat médical de Non C	ontre -ındicati	on:	) >				
	à la pratique du rugby en compétition, à la pratique du rugby en compétition			le 1ere lign	e, entre	e 45 et 49 a	ns.	
la cart	ifie avoir pris connaissance :	4 -0						
00 0011	me avon pris connaissance :	$\mathcal{C}$ $\mathcal{V}$						
	1/ des réponses au questionnaire mé	dical Cardiolo	gie, Crâne	et Rachis	ci dess	us,		
	2 / des résultats des examens comple	émontaires el	diaatoiree	euivante :				
	a / CARDIOLOGIE : ECG de repos	idate :	nigatories,	)				
	Echographie car							
	Epreuve d'effort	maximal sur c	vcloergom	ètre (date :		)		
	b / BILAN LIPIDIQUE (date :			`		,		
	c / IRM CERVICALE (date :							
Date :			Cache	t et Signat	ure			
4/ Validation pa	ar le président de la commission méd	dicale du Con	nité Territo	orial :				
	7.			<u> </u>				
Je soussig	né Dr	,						
4	, I Duésidant de la Commission Médicale	Tamitamiala						
	Président de la Commission Médicale Médecin mandaté par le Président de		n Médicale	e Territorial	e.			
	·							
	oir pris connaissance de l'intégralité			aires à la	validati	ion d'une l	icence-assura	ance de
Rugby, en	compétition, entre 45 et 49 ans (au 01	juillet), à savoi	r:					
-	Questionnaire Médical Spécifique,							
-	Bilan cardiologique (ECG, Echo, Ep o	arettort),						
-	Bilan lipidique,							
-	IRM cervicale, Certificat Médical spécifique du méde	cin traitant						
-	Gertinicat iniculcal specifique du mede	oni nanani.						
☐ J'ai prod	cédé à la validation informatique de la li	cence – assur	ance comp	oétition pou	ır la sai:	son 2015/2	016.	
J'ai refus	sé la validation pour :							
	□ Dossier Incomplet.							
	☐ Demande d'expertise.	-4-		_:	h			
	D	ate	et :	signature d	ıu mede	<del>;</del> CI∏		

<u>Crâne</u> :