

Sur l'avis de la commission nationale médicale, le comité directeur a estimé qu'il est de son devoir d'inciter les adhérents de la Fédération française de cyclotourisme à se soumettre régulièrement à un examen médical.

De plus, à sa demande, l'assureur a accepté de lier la garantie "décès cardio-vasculaire" du contrat "Grand Braquet" à la production d'un certificat médical de non contre indication à la pratique du cyclotourisme.

Bien que cette pratique exclue toute forme de compétition, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un sport susceptible d'amener les sollicitations cardiaques au maximum de leur fonction.

Eu égard aux recommandations internationales, il est prudent de faire pratiquer une épreuve d'effort après 45 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme.

Nous sommes conscients du travail que constitue l'examen médical du sportif, et vous remercions de votre collaboration.

Le médecin fédéral national.

---

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ..... Profession : .....

Club d'affiliation : ..... Ligue : .....

Nom du médecin : ..... Date de consultation : .....

### **Antécédents sportifs**

Autres pratiques : .....

Cyclotourisme: Depuis combien de temps ? .....

Volume de pratique (km/an) : .....

### **Antécédents médicaux**

Familiaux : Maladies ou décès d'origine cardiaque dans la famille? oui •  non •

Hypertension artérielle? oui •  non •

Maladies métaboliques (diabète, cholestérol, triglycérides,...)? oui •  non •

La ou lesquelles : .....

- Personnels : •
- Age: plus de 45 ans?
  - Hypertension artérielle
  - Diabète
  - Hyperlipidémie (diabète, triglycérides)
  - Tabagisme
  - Sédentarité (arrêt de toute pratique sportive régulière depuis plus d'un an)
  - Stress
  - Prise médicamenteuse: laquelle : .....
  - Antécédents chirurgicaux: lesquels : .....
  - Autres : (vertiges, troubles visuels, crise convulsives,...)



**Examen clinique :** Taille : ..... Poids : ..... IMC: Pds en Kg / (T en m)<sup>2</sup> = .....  
Périmètre abdominal (normal : homme < 102 cm ; femme < 88 cm)

**Cardio-vasculaire :**

Signes fonctionnels à l'effort oui •  non •   
Si OUI lesquels? (Palpitations, douleurs thoraciques, gêne respiratoire,...).....  
Auscultation cardiaque : .....  
TA de repos : ..... Pouls de repos : .....  
Pouls périphériques tous perçus :

Test de Ruffier (30 flexions en 45 secondes)	
Pouls de repos :	
Pouls à la fin des flexions	
Pouls 1 mn après la fin des flexions :	
Indice de Ruffier Total - 200 = :	

Examens complémentaires envisagés ECG, épreuve d'effort, échographie, scintigraphie myocardique, coronarographie,....

**Pulmonaire :** Signes fonctionnels à l'effort oui •  non •   
Si OUI lesquels? (Toux, gêne respiratoire, asthme,...) .....  
Pick Flow ou Pico 6

**Appareil locomoteur :** Rachis : .....  
Membres supérieurs : .....  
Membres inférieurs : .....

**Neurologique :** Troubles de l'équilibre : épreuve de Romberg yeux fermés =  
Troubles de la vision (corrigés ou pas) : .....  
Troubles de l'audition (corrigés ou pas) : .....  
Antécédent de crise convulsive : .....

**Uro-génital :** .....

**Autres :** Etat bucco-dentaire : .....

**Conclusion :**  
**Apte :** ..... **Inapte temporaire :** ..... **Inapte :** .....  
**Remarques :**

Date : .....

**Signature du médecin :**  
*(obligatoire avec ses coordonnées)*

Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référant ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver.

Merci d'insérer ce document sous pli confidentiel à l'attention du Monsieur le Médecin fédéral et d'adresser votre enveloppe à :

Monsieur le Médecin fédéral – FFCT – 12 rue Louis Bertrand – 94207 Ivry sur Seine cedex.

