

Boxe Kick boxing Boxe mixte

Examen médical requis pour obtenir un permis de concurrent
(remplir les sections 1, 2, 3, 4 et 5)

Examen médical requis lorsqu'un concurrent québécois désire participer à une manifestation sportive de sports de combat (remplir les sections 1, 3 et 5)

1 Renseignements sur le candidat

Nom : _____ Prénom : _____

Nom d'emprunt, s'il y a lieu : _____

Numéro, rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Prov., état, pays : _____ Code postal | _____

Date de naissance | _____ | _____ | _____ | _____ Poids : _____ kg (lbs)

Année Mois Jour

2 Antécédents médicaux et familiaux

Spécifiez les contre-indications à combattre, s'il y a lieu : _____

3 Examen médical

3.1	Ouïe	Y a-t-il perforation du tympan?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Y a-t-il hypoacousie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Y a-t-il otite chronique?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3.2	Vue	Y a-t-il isochorie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Y a-t-il réflexe photomoteur?	Gauche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Droit <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Y a-t-il fundoscopie normale?	Gauche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Droit <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Vision :	Gauche _____ /20	Droit _____ /20
3.3	Bouche	Y a-t-il quelque maladie de la bouche ou de la gorge?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3.4	Cou (glandes)	Y a-t-il hypertrophie de la glande thyroïde ou des glandes lymphatiques?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3.5	Système respiratoire	Y a-t-il des signes de maladies respiratoires aiguës?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Y a-t-il des signes de maladies respiratoires chroniques?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3.6	Tension	Systolique	Diastolique	Point de disparition du son
		1 ^{re} lecture	_____	_____
		2 ^e lecture	_____	_____
3.7	Coeur	Pouls mesuré à l'auscultation cardiaque, pendant une minute : _____		
		Y a-t-il trouble du rythme cardiaque?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Y a-t-il des signes de malaises du coeur ou des vaisseaux sanguins?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3.8	Abdomen	L'examen révèle-t-il quelque anomalie (hépatomégalle, splénomégalle)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si oui, spécifiez : _____		
3.9	Hernie	Y a-t-il hernie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3.10	Système nerveux	Y a-t-il signe d'atteinte du système nerveux?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Veillez faire parvenir par courriel ce formulaire dûment rempli à sports.combat@racj.gouv.qc.ca.

3 Examen médical (suite)		
3.11	Mains	Y a-t-il signe de tumescence ou de blessure? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.12	Alcool	Y a-t-il signe d'usage de boissons alcooliques? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Drogues	Y a-t-il signe d'usage d'agents ou de médicaments stimulants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tabac	Y a-t-il usage de tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.13	État général	Y a-t-il signe d'un état pathologique non décrit spécifiquement ci-haut et pour lequel un examen additionnel serait nécessaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.14	Thorax	Y a-t-il fracture des côtes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.15	Os de la figure Nez Maxillaire	Y a-t-il fracture ou entorse récente? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.16	Pieds (pour les kick boxeurs)	Y a-t-il fracture ou entorse récente? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.17	Seins (pour les concurrentes)	L'examen révèle-t-il quelque anomalie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Y a-t-il prothèse mammaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.18	Yeux	Examen par un ophtalmologiste si le concurrent est âgé de 40 ans ou plus <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal

4 Tests de laboratoire		
4.1	EEG	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <i>Joindre une copie des examens</i>
4.2	ECG à l'effort	Si le concurrent est âgé de 40 ans ou plus ou s'il a un examen physique qui suggère des problèmes cardiaques <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <i>Joindre une copie des examens</i>
4.3	Grossesse	Test de grossesse sanguin 7 jours avant la manifestation sportive <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Une concurrente qui est enceinte ne peut être déclarée apte à combattre.
4.4	Tests sanguins	<input type="checkbox"/> Hépatite B (surface anti-gène) <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Négatif <i>Joindre une copie des examens</i>

5 Autres remarques, s'il y a lieu
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Ce document doit être étampé pour identification du médecin ou de la clinique.</p>

6 Médecin examinateur						
<p>Je certifie par la présente que j'ai examiné le candidat dont le nom apparaît ci-haut et que, consécutivement à cet examen, je le considère : <input type="checkbox"/> Apte à combattre <input type="checkbox"/> Inapte à combattre.</p> <p>Et j'ai signé, _____ Signature</p> <p>Date <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td> </tr> </table></p>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour				