

**1/ Description des obligations :**

**Après 40 ans jusqu'à 44 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 40 ans et 43 ans (ou dans l'intervalle en cas de nouvelle affiliation). Le médecin cardiologue pourra exiger un bilan annuel.

**3/ BIOLOGIE :** bilan glucido-lipidique à 40 ans ou à 43 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,**

Certificat de non contre-indication en compétition 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 après 40 ans au sein des compétitions organisées par la FFR.***

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

**Cardiologie :**

Souffrez-vous d'hypertension artérielle ? .....  non  oui

Souffrez-vous d'hypercholestérolémie ? .....  non  oui

Fumez-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  oui

Un échocardiogramme ? .....  non  oui

Une épreuve d'effort maximal ? .....  non  oui

Avez-vous déjà eu une phlébite ? .....  non  oui

Une embolie pulmonaire ? .....  non  oui

Des troubles de la coagulation ? .....  non  oui

A quand remonte votre dernier bilan sanguin ?

**Date :** .....

Etait-il normal ? .....  non  oui

Avez-vous du diabète ? .....  non  oui

Quelqu'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/ Certificat médical spécifique :**

Je soussigné Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour,

(Nom, prénom)..... né(e) le .....

en vue d'établir un certificat médical de Non Contre-indication :

- \*  à la pratique du rugby en compétition, entre 40 et 44 ans,
- \*  à la pratique du rugby en compétition aux postes spécifiques de 1ere ligne, entre 40 et 44 ans.

Je certifie avoir pris connaissance :

1/ des réponses au questionnaire médical Cardiologie, Crâne et Rachis ci dessus,

2 / des résultats des examens complémentaires, obligatoires, suivants :

- a / **CARDIOLOGIE** : ECG de repos (date : .....)  
Echographie cardiaque (date : .....)  
Epreuve d'effort maximal sur cycloergomètre (date : .....)
- b / **BILAN LIPIDIQUE** (date : .....)
- c / **IRM CERVICALE** (date : .....)

**Date :** .....

**Cachet et Signature**

**4/ 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.