



N° Adhérent : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.
NOM et PRENOM :
Adresse :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Profession :
Etabli par le Docteur : Etes-vous le Médecin du club ? ☐ oui ☐ non
Si non, connaissez-vous le proposant pour une raison médicale ? ☐ oui ☐ non
Si oui, laquelle ?

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

1	Aspect général				Taille :cm
					Poids :kg
			Non	Oui	COMMENTAIRES
	a.	Existe-t-il une affection cutanée ou des cicatrices ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
	b.	Y a-t-il des signes d'alcoolisme ou d'intoxications diverses ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquels ?
2	Psychiatrie				
		Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquels ?
3	Organes sensitifs				
	a.	Y a-t-il un défaut de la vue ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lequel ? Acuité visuelle : avant correction : ODOG..... après correction : ODOG.....
	b.	Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unilatérale ou bilatérale : Totale ou partielle :
4	Appareil respiratoire				
		Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Laquelle :
5	Appareil cardio-vasculaire				
	a.	Existe-t-il une anomalie à l'auscultation cardiaque ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Laquelle :
	b.	Existe-t-il des troubles du rythme ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
	c.	Existe-t-il une anomalie à l'auscultation des troncs artériels (carotides, axes ilio-fémoraux) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
	d.	Existe-t-il une anomalie à la palpation des artères périphériques ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
	e.	Troubles du système veineux, œdèmes, troubles trophiques ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquels ?

Tension artérielle :

Systolique : Diastolique : ☐ Traitée ☐ Non traitée Pouls :

Si les chiffres de la pression artérielle sont supérieurs à 150/90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après dix minutes de repos allongé.

Contrôle éventuel :

Systolique : Diastolique : Pouls :

RAPPORT MÉDICAL - SPORTIFS PROFESSIONNELS - N° 15061

2/3

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		Non	Oui	COMMENTAIRES	
6	Appareil digestif et annexe				
a.	La bouche et la gorge ont-elles un aspect pathologique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lequel :	
b.	La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lequel :	
c.	Y a-t-il une hépatomégalie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De combien de cm Consistance.....	
d.	Y a-t-il une splénomégalie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Palpable sur cm	
e.	Y a-t-il une hernie ou une éventration ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Description :	
7	Etat des os et articulations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
a.	Citez les antécédents traumatiques ou dégénératifs (entorses graves, fractures...) avec dates, nature et résultats des traitements (joindre les pièces nécessaires)				
b.	Constatez-vous des anomalies à l'examen des parties du corps, suivantes :			DROIT	GAUCHE
	Épaules	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Coudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Mains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Poignets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Hanches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
c.	Constatez-vous au niveau des GENOUX :			DROIT	GAUCHE
	un choc rotulien ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	un mouvement de tiroir et / ou de latéralité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	des signes en faveur d'une atteinte méniscale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	des signes inflammatoires en regard de l'articulation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	l'existence ou non d'une amyotrophie du quadriceps ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	un signe du rabot ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	des douleurs le long des ligaments latéraux à la pression ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	des douleurs ou une anomalie au niveau des tendons rotuliens ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
d.	Constatez-vous au niveau des CHEVILLES :			DROIT	GAUCHE
	l'existence de mouvements anormaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	des douleurs le long des ligaments et en particulier le long du tendon d'Achille ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	de l'œdème avec signes inflammatoires ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	une limitation des mouvements de la :				
	- tibio-tarsienne ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	- sous-astragalienne ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	- tarso-métatarsienne ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

RAPPORT MÉDICAL - SPORTIFS PROFESSIONNELS - N° 15061

3/3

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		Non	Oui	COMMENTAIRES	
e.	Constatez-vous au niveau du Rachis :			DROIT	GAUCHE
	une déformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	une anomalie à la palpation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	un déficit de la mobilité (Schöber) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	un Lasègue ? de quel côté ? et à quel angle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	une anomalie neurologique :				
	- troubles de la sensibilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- troubles moteurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- anomalie des ROT rotuliens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- anomalie des ROT achilléens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	- troubles sphinctériens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	Glandes endocrines				
	Anomalies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles ?	
9	Ganglions lymphatiques				
	Anomalies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles ?	
10	Organes génito-urinaires				
	Un examen succinct des urines, par les moyens dont vous disposez à votre cabinet, est indispensable :				
	Albumine <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Sucre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Pus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Sang <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
	Y a-t-il une anomalie à la palpation des reins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ?	
	Y a-t-il une anomalie des seins ou des testicules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ?	

JOINDRE A CE DOCUMENT s'il y a lieu

- Les comptes rendus opératoires des interventions,
- Les comptes rendus des dernières radiographies simples, IRM, scanner,
- Les comptes rendus des arthrographies ou arthroscopies,
- Le compte rendu des examens cardiaques (ECG, échocardiographie...),
- Les résultats des examens biologiques.

Nous vous demandons d'avoir l'obligeance de ne communiquer au client aucun avis qui puisse préjuger de la décision de la Compagnie. En conclusion de votre interrogatoire et de votre examen clinique le Médecin-conseil de la Compagnie vous remercie de vos commentaires.

Observations :

Fait à le

Signature et cachet du Médecin examinateur

X

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
 114 boulevard Marius Vivier Merle
 69439 LYON Cedex 03
 Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419
 Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orias.fr)
 Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.