

**1/ Description des obligations : Après 45 ans jusqu'à 49 ans** (Les âges visés s'entendent au 01 juillet de la saison en cours)

**Examens obligatoires pour la pratique en compétition :**

**1/ CARDIOLOGIE :**

- Questionnaire médical spécifique (QS) : **une fois par an.**
- E.C.G. de repos + Echographie cardiaque + Epreuve 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.

**2/ 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.

**3/ IMAGERIE :**

- I.R.M. cervicale : **pour les joueurs de 1<sup>ère</sup> ligne, tous les ans et pour les joueurs des autres postes, tous les deux ans (tous les ans si anomalies ou antécédents).**

**4/ Certificat de non contre-indication à la pratique du rugby en compétition : délivré par le médecin traitant sur présentation du bilan (1+2+3).**

- 5/ Vérification de la conformité du bilan (1+2+3) : par le président de la commission médicale régionale.**  
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 la Sécurité Sociale sauf prescription par le médecin traitant, en fonction des réponses au questionnaire spécifique ou des antécédents.

**Pour Validation de la licence :** L'ensemble des documents requis doit être adressé, sous pli confidentiel à  
**M. le Président de la Commission médicale régionale.**

**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 45 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 :** .....

Était-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 ?

- 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 ?

- 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 45 et 49 ans,
- \*  à la pratique du rugby en compétition aux postes spécifiques de 1ere ligne, entre 45 et 49 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 régionale :**

Je soussigné Dr .....

- Président de la commission médicale **régionale**,
- Médecin mandaté par le Président de la commission médicale **régionale**,

certifie avoir pris connaissance de l'intégralité des documents nécessaires à la validation d'une licence-assurance de Rugby, en compétition, entre 45 et 49 ans (au 01 juillet), à savoir :

- Questionnaire Médical Spécifique,
- Bilan cardiologique (ECG, Echo, Ep d'effort),
- Bilan lipidique,
- IRM cervicale,
- Certificat médical spécifique du médecin traitant.

J'ai procédé à la validation informatique de la licence – assurance compétition pour la saison **2017/2018**

- J'ai refusé la validation pour :
  - Dossier Incomplet.
  - Demande d'expertise.

**Date** ..... **et signature du médecin**.....