

1/ Description des obligations : Après 50 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 : **une fois par an, par un médecin figurant sur la liste établie par l'organisme régionale.**
- Echographie cardiaque : **une fois par an, par un médecin figurant sur la liste établie par l'organisme régionale.**
- Epreuve d'effort : **une fois par an.**

2/ BIOLOGIE :

- Bilan glucido-lipidique : **une fois par an.**

3/ IMAGERIE :

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

4/ Examen médical de synthèse et examen clinique : par les médecins désignés par la F.F.R.

5/ Vérification de la conformité du bilan 1+2+3 : par le président du Comité Médical de la F.F.R. ou son délégataire (possibilité de demande d'expertise 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.

Pour Validation de la licence : L'ensemble des documents requis doit être adressé, sous pli confidentiel, à :

M. le Président du Comité Médical de la FFR, Fédération Française de Rugby
3-5, rue Jean de Montaigne, 91463 MARCOUSSIS Cedex

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 50 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, de 50 ans et plus,
- * à la pratique du rugby en compétition aux postes spécifiques de 1ere ligne, de 50 ans et plus.

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 du Comité Médical de la FFR :

Je soussigné Dr

- Président du Comité Médical de la FFR,
- Médecin mandaté par le Président du Comité Médical de la FFR,

certifie avoir pris connaissance de l'intégralité des documents nécessaires à la validation d'une licence-assurance de Rugby, en compétition, de 50 ans et plus (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**.....