

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^{ère} 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 ? 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 45 et 49 ans,
- * à la pratique du rugby en compétition aux postes spécifiques de 1^{ere} 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 **2018/2019**

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

Date **et signature du médecin**