

**1/ Description des obligations :**

**Après 45 ans jusqu'à 49 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 45 ans, 47 ans et 49 ans (ou dans l'intervalle en cas de nouvelle affiliation). Le médecin cardiologue pourra exiger un bilan annuel.

**3/ 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.

**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,**

L'ensemble des documents requis doit être adressé, sous pli confidentiel à M. le Président de la Commission Médicale Territoriale concernée.

**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 ?

- 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 du Comité Territorial :**

Je soussigné Dr .....

- Président de la Commission Médicale Territoriale.
- Médecin mandaté par le Président de la Commission Médicale Territoriale.

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 2015/2016.

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

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