

1/ Description des obligations :

Après 50 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 tous les ans **à effectuer dans un des centres agréés par le Comité Médical de la FFR.**

3/ BIOLOGIE : bilan glucido- lipidique tous les ans.

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 **à effectuer dans un des centres agréés par le Comité Médical de la FFR.**

Examen médical de synthèse et examen clinique à effectuer par un médecin agréé.

Certificat de non contre-indication en compétition délivré **par un des médecins agréés par le Comité Médical de la FFR** sur présentation du bilan. Vérification de la conformité du bilan (1, 2, 3 et 4) par le Président du Comité Médical de la FFR. 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 du Comité Médical de la F.F.R., 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 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, 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 2015/2016.

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

Date et signature du médecin.....