

Sur l'avis de la commission nationale sport santé, le comité directeur a estimé qu'il est de son devoir d'inciter les adhérents de la Fédération française de cyclotourisme à se soumettre régulièrement à un examen médical. De plus, à sa demande, l'assureur a accepté de lier la majoration de garantie "décès cardio-vasculaire" ou "cérébro-vasculaire (AVC)" du contrat " Petit Braquet et Grand Braquet" à la production d'un certificat médical de non contre indication à la pratique du cyclotourisme.

Bien que notre pratique exclut toute forme de compétition, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un sport susceptible d'amener les sollicitations cardiaques à leur maximum, ce qui constitue le facteur déclenchant de nombre d'accidents vasculaires, coronariens essentiellement.

Eu égard aux recommandations des sociétés de médecine du sport, il est impératif, après 45 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme, de consulter un médecin cardiologue qui décidera de l'opportunité d'une épreuve d'effort.

Nous sommes conscients du travail que constitue l'examen médical du sportif, et vous remercions de votre collaboration.

Le médecin fédéral national.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : ..... Profession : .....

Club d'affiliation : .....: N° de licence

### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (e), Dr ..... certifie avoir examiné ce jour

M. Mme. Mlle. ....et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique du Cyclotourisme.

(Discipline excluant toute forme de compétition)

A.....le .....

**Signature et cachet du médecin :**  
**(Obligatoire avec ses coordonnées)**

Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référant ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver.

Les licenciés membres individuels doivent nous adresser **obligatoirement** une copie pour une première adhésion à la FFCT.



**EXAMEN MÉDICAL TYPE (FACULTATIF) pouvant être pré rempli par l'intéressé**

**Antécédents sportifs**

Autres pratiques : .....

Cyclotourisme : Depuis combien de temps ? .....

Volume de pratique (km/an) : .....

**Antécédents médicaux**

Familiaux : Maladies ou décès d'origine cardiaque dans la famille ? oui  non

Hypertension artérielle ? oui  non

Maladies métaboliques (diabète, cholestérol, triglycérides,...)? oui  non

La ou lesquelles : .....

Personnels :

- Age: plus de 45 ans ?
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Hyperlipidémie (diabète, triglycérides)
- Tabagisme
- Sédentarité (arrêt de toute pratique sportive régulière depuis plus d'un an)
- Stress
- Prise médicamenteuse: laquelle : .....
- Antécédents chirurgicaux: lesquels : .....
- Autres : (vertiges, troubles visuels, crises convulsives,...)

**Examen clinique :** Taille : .....Poids : .....

IMC : Pds en Kg / (T en m)<sup>2</sup> = .....

Périmètre abdominal:

**Cardio-vasculaire :**

Signes fonctionnels à l'effort oui  non

Si OUI lesquels? (Palpitations, douleurs thoraciques, gêne respiratoire,...).....

Auscultation cardiaque : .....

TA de repos : .....

Pouls de repos : .....

Pouls périphériques tous perçus :

Examens recommandés : (Test de Ruffier) et **ECG de repos**

| Test de Ruffier (30 flexions en 45 secondes) | Valeurs | Interprétation du Test    |
|--|---------|---------------------------|
| Pouls de repos : P1                          |         | 0 exceptionnel            |
| Pouls à la fin des flexions : P2             |         | 0 à 5 robuste, entraîné   |
| Pouls 1 mn après la fin des flexions : P3    |         | 5 à 10 banal, améliorable |
| Indice de Ruffier = (P1+P2+P3) – 200 / 10    |         | 10 à 15 mal adapté        |
|  |         | 15 à 20 très mal adapté   |

**ECG de repos :**

**(fortement conseillé après 40 ans)**

**Pulmonaire :** Signes fonctionnels à l'effort oui  non

Si OUI lesquels? (Toux, gêne respiratoire, asthme,...) .....

**Appareil locomoteur :** Rachis : .....

Membres supérieurs : .....

Membres inférieurs : .....

**Neurologique :** Troubles de l'équilibre : épreuve de Romberg yeux fermés =

Troubles de la vision (corrigés ou pas) : .....

Troubles de l'audition (corrigés ou pas) : .....

Antécédent de crise convulsive : .....

**Uro-génital :** .....

**Autres :** État bucco-dentaire : .....