

- Boxe
- Kick boxing
- Examen médical requis pour obtenir un permis de concurrent (complétez les sections I, II, III, IV et V).
- Examen médical requis lorsqu'un concurrent québécois désire participer à une manifestation sportive de sports de combat. (Complétez les sections I, III et V).
- Examen médical précédant immédiatement un combat. (Complétez les sections I, III et V).

### SECTION I - IDENTIFICATION DU CANDIDAT

1.1 Nom	Prénom	1.2 Nom d'emprunt s'il y a lieu																				
1.3 Adresse - rue	App.	Ville																				
		Province - état - pays																				
1.4 Code postal	1.5 Date de naissance	1.6 Poids																				
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____ kg (lb)

### SECTION II - ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET FAMILIAUX

Spécifiez les contre-indications à combattre, s'il y a lieu \_\_\_\_\_

### SECTION III - EXAMEN MÉDICAL

3.1	Ouïe	Y a-t-il perforation du tympan?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Y a-t-il hypoacousie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Y a-t-il otite chronique?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.2	Vue	Y a-t-il	
		• Isochorie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		• Réflexe photomoteur? Gauche: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Droit:	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		• Fundoscopie normale? Gauche: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Droit:	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Vision Gauche: /20 Droit: /20	
3.3	Bouche	Y a-t-il quelque maladie de la bouche ou de la gorge?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.4	Cou (glandes)	Y a-t-il hypertrophie de la glande thyroïde ou des glandes lymphatiques?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.5	Système respiratoire	Y a-t-il des signes de maladies respiratoires? - aiguës?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		- chroniques?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.6	Tension	Systolique	Diastolique
		Point de disparition du son	
		1 <sup>ère</sup> lecture _____	_____
		2 <sup>e</sup> lecture _____	_____
3.7	Coeur	Pouls mesuré à l'auscultation cardiaque, pendant 1 minute	_____
		Y a-t-il trouble du rythme cardiaque?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Y a-t-il des signes de malaises du coeur ou des vaisseaux sanguins?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.8	Abdomen	L'examen révèle-t-il quelque anomalie? (hépatomégalie, splénomégalie)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Si oui, spécifiez: _____	
3.9	Hernie	Y a-t-il hernie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.10	Système nerveux	Y a-t-il signe d'atteinte du système nerveux?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.11	Mains	Y a-t-il signe de tumescence ou de blessure?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.12	Alcool	Y a-t-il signe d'usage de boissons alcooliques?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Drogues	Y a-t-il signe d'usage d'agents ou de médicaments stimulants?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Tabac	Y a-t-il usage de tabac?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.13	État général	Y a-t-il signe d'un état pathologique non décrit spécifiquement ci-haut et pour lequel un examen additionnel serait nécessaire?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.14	Thorax	Y a-t-il fracture des côtes?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.15	Os de la face Nez Maxillaire	Y a-t-il fracture ou entorse récente?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.16	Pieds (pour les kick boxeurs)	Y a-t-il fracture ou entorse récente?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

3.17	Seins (pour les concurrentes)	L'examen révèle-t-il quelque anomalie? Y a-t-il prothèse mammaire? <sup>(1)</sup>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.18	Yeux	Examen par un ophtalmologiste si le concurrent est âgé de 40 ans ou plus	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

#### SECTION IV - TEST DE LABORATOIRE

4.1	EEG	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Joindre une copie des examens.	
4.2	ECG à l'effort (si le concurrent est âgé de 40 ans ou plus ou s'il a un examen physique qui suggère des problèmes cardiaques).	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Joindre une copie des examens.	
4.3	Grossesse	Test de grossesse sanguin 7 jours avant la manifestation sportive? <sup>(1)</sup>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>
4.4	Tests sanguins	<input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Négatif	

#### SECTION V - AUTRES (S'il y a lieu)

5.1	Remarques: _____ _____ _____
-----	------------------------------------

<sup>(1)</sup> Une concurrente qui porte une prothèse mammaire ou qui est enceinte ne peut être déclarée apte à combattre.

Je certifie par la présente que j'ai examiné le candidat dont le nom apparaît ci-haut et que, consécutivement à cet examen, je le considère:

Apte       Inapte       à combattre.

Signature: \_\_\_\_\_  
(Médecin examinateur)

Date: |    |    |  
          année    mois    jour