

Formulaire médical de Boxe Canada

(Doit être rempli par un **médecin (M.D.) autorisé à pratiquer**. Écrire lisiblement en caractères d'imprimerie S.V.P.



Renseignements sur l'athlète

Nom _____ Date de naissance _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

N° de téléphone _____ Courriel _____ Club _____

Veuillez noter que les formulaires médicaux soumis à Boxe Canada qui sont datés de plus de 3 mois ne seront pas acceptés!

Poids _____ Taille _____ Expiration _____ Inspiration _____
(Périmètre thoracique)

Vision : Œil droit _____ / _____ Œil gauche _____ / _____

Analyse d'urine : Sucre _____ Protéine _____ Sang _____

Préoccupations, actuelles et passées	Oui	Non	Commentaires
Crise épileptique au cours des 3 dernières années, lésions ou saignements de			
Perturbations psychiatriques, abus de drogues ou d'alcool			
Nombre de commotions, symptômes post-commotion cérébrale non résolus			
Chirurgie réfractive et intraoculaire, cataracte, décollement de la rétine			
Surdité (il ne s'agit pas d'une contre-indication pour la boxe mais les officiels doivent être au courant)			
Diabète sucré ou maladie thyroïdienne			
Anomalies cardiovasculaires et pulmonaires congénitales/acquises notables, dispositif implantable modifiant le processus physiologique			
Hépatomégalie, splénomégalie, ascite			
Troubles musculosquelettiques			
Infections aiguës et chroniques, p. ex., VIH, hépatite B/C			
Hémopathies graves, maladie/trait drépanocytaire			

Spécifique aux femmes (Remarque : La boxe est interdite en cas de grossesse confirmée.)

Préoccupations, actuelles et passées	Oui	Non	Commentaires
Seins : Lésions, saignements, masses, prothèse, autre dysfonctionnement ou			
Y a-t-il des anomalies dans le cycle menstruel?			
Douleurs dans la région pelvienne inférieure? Grossesse?			

Examens cliniques	Normal	Anormal	Commentaires
Myopie supérieure à -3.50 dioptries, acuité visuelle mesurée inférieure à 20/200 si non corrigée et inférieure à 20/60 si corrigée			
Lésions cutanées exposées, ouvertes et infectées			
Examen otorhinolaryngologique			
Neurologique – nerfs crâniens, tremblements, handicap locomoteur, dysarthrie, équilibre, réflexes			
Cardiovasculaire – tachycardie, dysrythmie, souffle systolique/diastolique			
Respiratoire – infection aiguë/chronique ou dyspnée			
Abdomen – hernies, masses, difformités, douleurs à la pression, cicatrices			
Musculosquelettique – déficiences congénitales/acquises, amplitude articulaire, rigidité			

Je, _____, atteste que _____

(Nom du médecin [M.D.] autorisé à pratiquer)

(Nom de l'athlète)

EST APTE / N'EST PAS APTE (encercler une réponse) à pratiquer la boxe.

Signature du médecin _____ N° de permis _____ Date de l'examen _____ / _____ / _____

Jour Mois Année

Adresse : _____ N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____

Signature de l'auteur de la demande à Boxe Canada _____ Date _____

(Signature du parent/tuteur si la personne est âgée de moins de 17 ans)