

EXAMEN PHYSIQUE AVANT UNE PARTICIPATION SPORTIVE EN IOWA

ARTICLE VII 36.14(1) PHYSICAL EXAMINATION.

Every year each student (grades 7-12) shall present to the student's superintendent a certificate signed by a licensed physician and surgeon, osteopathic physician and surgeon, osteopath, advanced registered nurse practitioner (ARNP), physician's assistant or qualified doctor of chiropractic, to the effect that the student has been examined and may safely engage in athletic competition. This certificate of physical examination is valid for the purposes of this rule for one (1) calendar year. A grace period, not to exceed thirty (30) days, is allowed for expired certifications of physical examination.

QUESTIONNAIRE POUR LA PARTICIPATION SPORTIVE (Veuillez taper vos réponses ou les écrire clairement en lettres moulées.)

Nom de l'élève _____ Sexe : masculin _____ féminin _____
Date de naissance _____ Classe _____

Adresse (rue, ville, code postal) _____ District scolaire _____

Nom du parent/tuteur _____ Date _____ Téléphone _____
Médecin de famille _____ Téléphone _____

HISTORIQUE DE SANTE (Les questions suivantes doivent être remplies par l'élève sportif avec l'aide d'un parent/tuteur. Suite à l'examen, la signature (au dos de ce formulaire) d'un parent/tuteur est exigée.

Oui Non L'élève a-t-il / a-t-il déjà eu?

- _____ des allergies à des médicaments, au pollen, aux insectes piqueurs, alimentaires, etc. ?
- _____ une maladie durant plus d'une (1) semaine ?
- _____ de l'asthme ou des difficultés à respirer en faisant de l'exercice ?
- _____ des maladies ou des blessures chroniques ou récurrentes ?
- _____ du diabète ?
- _____ des crises d'épilepsie ou autres convulsions ?
- _____ des lunettes ou des lentilles ?
- _____ de l'herpès ou le SARM ?
- _____ des hospitalisations (une nuit ou plus) ?
- _____ le syndrome de Marfan ?
- _____ un organe manquant (œil, rein, testicule) ?
- _____ la mononucléose ou la fièvre rhumatismale ?
- _____ des convulsions ou des maux de tête ?
- _____ une chirurgie ?

- *****
- _____ de la pression, de la douleur, ou de l'oppression dans la poitrine durant l'activité physique ?
 - _____ de l'essoufflement excessif durant l'activité physique ?
 - _____ des maux de tête, des vertiges, des évanouissements durant ou après l'activité physique ?
 - _____ des problèmes cardiaques (infection, battements rapides, souffle au cœur, etc.) ?
 - _____ la pression sanguine élevée ou cholestérol élevé ?

Oui Non L'élève a-t-il / a-t-il déjà eu?

- _____ un traumatisme crânien, commotion cérébrale, la perte de conscience ?
 - _____ le mal de tête, la perte de mémoire ou une confusion mentale après un contact sportif ?
 - _____ l'engourdissement, la faiblesse, le fourmillement dans les bras ou dans les jambes après un contact sportif ?
- *****
- _____ des crampes musculaires sévères, ou une maladie en faisant des exercices sportifs dans la chaleur ?
- *****
- _____ une fracture, une fracture de stress, ou des dislocations ?
 - _____ des blessures nécessitant un traitement ?
 - _____ une blessure ou une chirurgie au genou ?
 - _____ une blessure au cou ?
 - _____ des orthèses, un appareil dentaire, équipement protecteur ?
 - _____ une blessure grave d'une articulation ?
 - _____ une bosse douloureuse ou une hernie dans la zone pubienne ?
 - _____ des radiographies, une IRM, une tomodensitométrie, de la thérapie physique ?
- *****
- _____ **Avez-vous été exclu d'une participation sportive ou limité par un médecin pour une raison quelconque ?**
 - _____ **Avez-vous des soucis dont vous voudriez parler avec un professionnel de la santé ?**

HISTORIQUE DE SANTE FAMILIALE:

Oui Non

- _____ L'un des membres de votre famille souffre-t-il du syndrome de Marfan ?
- _____ L'un des membres de votre famille est décédé à cause d'un problème cardiaque ou de manière inattendue/inexpliquée avant l'âge de 50ans ?
- _____ L'un des membres de votre famille a-t-il un problème cardiaque, un pacemaker ou un défibrillateur ?
- _____ L'un des membres de votre famille a-t-il eu des évanouissements inexpliqués, des convulsions ou une quasi-noyade ?
- _____ L'un des membres de votre famille a-t-il de l'asthme ?
- _____ Avez-vous-même ou l'un des membres de votre famille la drépanocytose ou le trait drépanocytaire ?

Utilisez les lignes ci-dessous pour expliquer les réponses affirmatives ('OUI') aux questions ci-dessus (questions #1-38) ou pour donner des informations supplémentaires:

40. Êtes-vous allergique à un/des médicament/s sur ordonnance ou sans ordonnance ? *Si oui, énumérez-les:*

41. Énumérez tous les médicaments que vous prenez actuellement (les inhalateurs pour l'asthme et EpiPens inclus) et la condition qu'ils traitent:

A. _____ B. _____ C. _____

42. Année de dernier vaccin connu:

Tdap (Tétanos, diphtérie et coqueluche) : _____

Méningites : _____

La grippe : _____

43. Quel a été votre poids maximum et minimum durant les 12 derniers mois? **Maximum** _____ **Minimum** _____

44. Êtes-vous satisfait de votre poids actuel? **Oui** _____ **Non** _____ **Si non**, combien de livres voudriez-vous perdre ou prendre?
Perdre _____ Prendre _____

Uniquement pour les filles:

1. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu la première menstruation (les règles)? _____

2. Combien de fois avez-vous eu les règles durant les 12 derniers mois? _____

PHYSICAL EXAMINATION RECORD (To be completed by a licensed medical professional as designated in Article VII 36.14(1). *This evaluation is only to determine readiness for sports participation. It should NOT be used as a substitute for regular health maintenance examinations.*)

Athlete's Name _____ Height _____ Weight _____

Pulse _____ Blood Pressure _____ / _____ (Repeat, if abnormal _____ / _____) Vision R 20/ _____ L 20/ _____

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS
1. Appearance (esp. Marfan's)			
2. Eyes/Ears/Nose/Throat			
3. Pupil Size (Equal/Unequal)			
4. Mouth & Teeth			
5. Neck			
6. Lymph Nodes			
7. Heart (Standing & Lying)			
8. Pulses (esp. femoral)			
9. Chest & Lungs			
10. Abdomen			
11. Skin			
12. Genitals - Hernia			
13. Musculoskeletal - ROM, strength, etc. (See questions 24-31)			
14. Neurological			

Comments regarding abnormal findings: _____

LICENSED MEDICAL PROFESSIONAL'S ATHLETIC PARTICIPATION RECOMMENDATIONS
(Please be precise when indicating at which level the student is cleared to participate.)

- FULL & UNLIMITED PARTICIPATION**
- LIMITED PARTICIPATION** - May **NOT** participate in the following (checked):
 Baseball Basketball Bowling Cross Country Football Golf Soccer
 Softball Swimming Tennis Track Volleyball Wrestling
- CLEARANCE PENDING** DOCUMENTED FOLLOW UP OF _____
- NOT CLEARED FOR ATHLETIC PARTICIPATION DUE** _____

Licensed Medical Professional's Name (Printed) _____ Date of PPE _____

Licensed Medical Professional's Signature _____ Phone _____

AUTORISATION DU PARENT/TUTEUR

Par la présente, je confirme l'exactitude des informations remplies sur ce formulaire et j'autorise la participation de l'élève mentionné ci-dessus de représenter son école dans des activités sportives, hormis les activités indiquées ci-dessus par le professionnel de santé. Je donne également mon autorisation au médecin de l'équipe, l'entraîneur d'athlètes agréé ou autres personnel qualifié à administrer les premiers soins à mon fils ou à ma fille durant un évènement sportif en cas de blessure/maladie et de partager les informations nécessaires sur la blessure/maladie avec le personnel de l'école concerné.

Nom du parent/tuteur ou élève si âgé de plus de 18 ans (en lettres majuscules) _____ Signature du parent/tuteur ou élève (si âgé de plus de 18 ans) _____

Adresse (rue, boîte postale, ville, états, code postal) _____ Téléphone _____