



FEDERATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME  
Commission médicale nationale  
Examen médical du cyclotouriste

Sur l'avis de la commission nationale médicale, 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 garantie "décès cardio-vasculaire" 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 cette pratique exclue toute forme de compétition, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un sport susceptible d'amener les sollicitations cardiaques au maximum de leur fonction.

Eu égard aux recommandations internationales, il est prudent de faire pratiquer une épreuve d'effort après 45 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme.

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

Le médecin fédéral national.

Nom : .....Prénom : .....  
Sexe : .....Profession : .....

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

--	--	--	--

CERTIFICAT MEDICAL

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

M. Mme. Mlle. ....et qu'il (elle) ne présente aucune 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 MEDICAL TYPE (FACULTATIF)**

Fortement recommandé

**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, crise convulsives,...)

Examen clinique : Taille : ..... Poids : ..... IMC : Pds en Kg / (T en m)<sup>2</sup> = .....  
 Périmètre abdominal (normal : homme < 102 cm ; femme < 88 cm) : .....

**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,...) .....  
 Pick Flow ou Pico 6

**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 : .....