

**Corporation de Kickboxing Amateur du Québec
et Disciplines Associées Inc.**

4545, av. Pierre – De – Coubertin, C.P. 1000
Succ. M, Montréal (QC) H1V 3R2

CERTIFICAT D'EXAMEN MÉDICAL

Examen médical obligatoire avant entraînement:
I, II, et III, (IV et V si le médecin le juge à propos)

Examen médical précédant un combat:
compléter les sections I et III

Section I – Identification du candidat

1.1 Nom: _____ Prénom: _____
1.2 Nom d'emprunt s'il y a lieu: _____
1.3 Adresse No. et Rue: _____ App.: _____
Ville: _____ Province: _____
1.4 Code postal: _____ - _____ 1.5 Date de naissance: ____/____/____
1.6 Poids: _____ kg ou _____ 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 non
Y a-t-il hypoacousie? oui non
Y a-t-il otite chronique? oui non

3.2 Vue Y a-t-il - isochorie? oui non
- réflexe photomoteur? Gauche oui non Droit oui non
- Fundoscopie normale? Gauche oui non Droit oui non
Vision Gauche /20 Droit /20

3.3 Bouche Y a-t-il quelque maladie de la bouche ou de la gorge? oui non

3.4 Cou (glandes) Y a-t-il hypertrophie de la glande thyroïde
ou des ganglions lymphatiques oui non

3.5 Système respiratoire Y a-t-il des signes de maladie respiratoires - aiguës? oui non
- chroniques oui non

3.6 Tension artérielle Systolique Diastolique (Point de dispartion du son)
1 ère lecture _____
2 ère lecture _____

3.7 Cœur Puls mesuré à l'auscultation cardiaque, pendant une minute _____
Y a-t-il trouble du rythme cardiaque? oui non
Y a-t-il des signes de maladies du cœur
ou des vaisseaux sanguins? oui non

- 3.8 Abdomen L'examen révèle-t-il quelque anomalie?
(hépatomégalie, splénomégalie) oui non
Si oui, spécifiez: _____
-
- 3.9 Hernie Y a-t-il hernie? oui non
- 3.10 Réflexes Les réflexes roturiens sont-ils présents
et symétriques oui non
-
- 3.11 Système nerveux Y a-t-il signe d'atteinte du système nerveux oui non
- 3.12 Mains Y a-t-il signe de tumescence ou de blessure? oui non
-
- 3.13 Alcool Y a-t-il signe d'usage de boissons alcooliques? oui non
Drogues Y a-t-il signe d'usage d'agents ou de médicaments
stimulants? oui non
Tabac Y a-t-il usage de tabac? oui non
-
- 3.14 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 non

Section IV – Teste de laboratoire

- 4.1 Urine Analyse par la méthode URISTIX – normale? oui non
- 4.2 EEG Normal Anormal
-
- 4.3 ECG Normal Anormal
Joindre une copie des examens
- 4.4 Hémogramme Normal Anormal
- 4.5 VDRL ou BW Normal Anormal

Section V – Autres (s'il y a lieu)

5.1 Remarques:

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 du médecin examinateur: _____

Numéro de licence du médecin:

Date: ____/____/____
jour mois