

## ATTESTATION D'ENTRAINEMENT DU PARTICIPANT

A retourner impérativement avant le **5 octobre 2013**

A dater de moins de 6 mois avant la cérémonie d'ouverture

Attention : à remplir par tous les participants transplantés ou dialysés

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ certifie pratiquer une activité physique et sportive régulièrement :  
\_\_\_\_\_ fois par semaine pendant au moins \_\_\_\_\_ minutes.

*Trans-Forme recommande un minimum de 3 fois par semaine pendant au moins 20 minutes.*

- **Je pratique en loisirs :**

Citer le(les) sport(s) explicitement :

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -

- **Je pratique en compétition :**

Citer le(les) sport(s) explicitement :

- 1 -  
*Niveau de compétition :*
- 2 -  
*Niveau de compétition :*
- 3 -  
*Niveau de compétition :*
- 4 -  
*Niveau de compétition :*

- **Mon traitement actuel**

	Nom du médicament	Fréquence/ 24 heures	Doses
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Nom, Prénom et Signature \_\_\_\_\_

**CERTIFICAT – TYPE M1 DU MEDECIN QUI VOUS SUIT  
EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**

**A retourner impérativement avant le 5 octobre 2013**

**A dater de moins de 6 mois avant la cérémonie d'ouverture**

**Attention : valable pour tous les compétiteurs transplantés ou dialysés**

Le présent certificat médical est important pour le comité d'organisation local pour appréhender la forme physique des compétiteurs participant aux Jeux. Nous vous remercions d'examiner votre patient pour savoir s'il est capable de participer aux compétitions de votre point de vue médical – Merci d'avance de votre aide !

**NOM DE LA MANIFESTATION : Reims A Toutes Jambes 2013**

**DATE DE LA MANIFESTATION : dimanche 20 octobre 2013**

Je, soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

certifie que l'état de santé de M. - Mme – Mlle \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_

taille \_\_\_\_\_ poids \_\_\_\_\_

❖ Dialysé(e) (1) depuis le \_\_\_\_\_

❖ Transplanté(e) (1) de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

- Pour les transplantés de cœur, indiquez la date de la dernière coronarographie ou échographie de stress :  
\_\_\_\_\_

- Pour les transplantés de poumon, indiquez la date de la dernière EFR :  
\_\_\_\_\_

- Taux d'hématocrite \_\_\_\_\_ %

- Taux d'hémoglobine \_\_\_\_\_ g/ml

*Attention : Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 11 g/ml : L'activité physique sportive de moyenne ou forte intensité est non recommandée par Trans-Forme sauf dérogation expresse.*

- Taux de créatinine \_\_\_\_\_  $\mu\text{mol/l}$

- Le traitement en cours :

- Immuno-Suppresseur : \_\_\_\_\_

- Anti-Hypertenseur : \_\_\_\_\_

*\* ne présente pas de contre-indication apparente à la pratique de l'activité physique y compris en compétition. (1)*

*\* présente actuellement une contre-indication. (1)*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet (visible) \_\_\_\_\_

(1) rayer la mention inutile

**CERTIFICAT – TYPE M2 / 1**  
**DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**  
**ADULTES TRANSPLANTES ou DIALYSES**  
**MINEURS : DIALYSES ou TRANSPLANTES DE CŒUR OU/ET POUMONS**

**A retourner impérativement avant le 5 octobre 2013**

**A dater de moins de 6 mois avant la cérémonie d'ouverture**

**Attention : valable pour les activités à coût énergétique moyen ou fort – test d'effort obligatoire !**

*Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant le début de la manifestation pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 12 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.*

**NOM DE LA MANIFESTATION : Reims A Toutes Jambes 2013**

**DATE DE LA MANIFESTATION : dimanche 20 octobre 2013**

Coût énergétique faible	Coût énergétique moyen & fort
Randonnée pédestre	Escalade, Karting, Canoë, Voile, Athlétisme (dont Marche)
Pétanque	Cyclisme, Musculation, Jogging, Triathlon
Golf	Volley-ball, Squash, Badminton
Tir Pistolet & carabine	Planche à voile, Natation, Tennis, Tennis de table
Tir à l'ar, Bowling, Curling	Ski de fond, Ski alpin, Biathlon

Je, soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

1. déclare avoir pris connaissance du compte-rendu de l'épreuve d'effort, de la N.F.S. et du profil tensionnel d'effort (effectués par cardiologue ou médecin du sport) – **Attention : compte-rendu de l'épreuve d'effort à joindre à présent certificat !**

effectués pour M. - Mme – Mlle (1) \_\_\_\_\_

datant de (2) : \_\_\_\_\_

**Concernant les résultats de l'épreuve d'effort, doivent impérativement être indiqués:**

- le traitement en cours : \_\_\_\_\_
- la date de l'Epreuve d'Effort : \_\_\_\_\_
- le Puissance Maximale tolérée et la durée : \_\_\_\_\_
- le % de Fréquence Maximale Théorique : \_\_\_\_\_
- la cause de l'arrêt de l'effort : \_\_\_\_\_
- le résultat du tracé ECG d'effort (1) : \_\_\_\_\_ sans anomalie - avec anomalie
- la tension artérielle au repos et maximale : \_\_\_\_\_

2. déclare avoir examiné M. - Mme - Mlle (1) \_\_\_\_\_

**Au vu des antécédents et des résultats de l'examen clinique général effectués, et en particulier :**

- l'aptitude ostéo-articulaire et de l'aptitude musculo-tendineuse
- l'évaluation du risque cardio-vasculaire avec :
- l'ECG de repos (à joindre si possible) : \_\_\_\_\_
- test de flexions (30 flexions en 40 secondes) indice de RUFFIER : \_\_\_\_\_ (0 à 15)
- tension artérielle maximale : \_\_\_\_\_ mmHg
- tension artérielle 1 minute récupération : \_\_\_\_\_ mmHg
- taux d'hémoglobine : \_\_\_\_\_ g/ml - **Attention : Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 11 g/ml : L'activité physique sportive de moyenne ou forte intensité est non recommandée par Trans-Forme sauf dérogation expresse.**
- taux d'hématocrite : \_\_\_\_\_ %
- pour le transplanté rénal, taux de créatinine : \_\_\_\_\_ µmol/l

3. et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants (citer explicitement le nom des sports autorisés, et le mode de pratique : en loisir ou en compétition) :

- \_\_\_\_\_ en loisir – en compétition (1)
- \_\_\_\_\_ en loisir – en compétition (1)
- \_\_\_\_\_ en loisir – en compétition (1)

4. et atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte (1)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet (visible) \_\_\_\_\_

(1) rayer la mention inutile / (2) Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant le début de la manifestation pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 12 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.

**Contact Médical (uniquement à l'usage des médecins) – Dr Francine MECKERT : 06 70 07 21 73**

**CERTIFICAT – TYPE M2 / 2**  
**DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**  
**MINEURS NON DIALYSES**  
**MINEURS NON TRANSPLANTES DE CŒUR ET/OU POUMONS**

A retourner impérativement avant le **5 octobre 2013**

A dater de moins de 6 mois avant la cérémonie d'ouverture

**Attention : valable pour les activités à coût énergétique moyen ou fort**

NOM DE LA MANIFESTATION : Reims A Toutes Jambes 2013

DATE DE LA MANIFESTATION : dimanche 20 octobre 2013

Coût énergétique faible	Coût énergétique moyen & fort
Randonnée pédestre	Escalade, Karting, Canoë, Voile, Athlétisme (dont Marche)
Pétanque	Cyclisme, Musculation, Jogging
Golf	Volley-ball, Squash, Badminton
Tir Pistolet & carabine	Planche à voile, Natation
Tir à l'arc	Triathlon, Tennis, Tennis de table
Bowling, Curling	Ski de fond, Ski alpin, Biathlon

Je, soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

1. déclare avoir examiné M. - Mme - Mlle (1) \_\_\_\_\_

**Au vu des antécédents et des résultats de l'examen clinique général effectués, et en particulier :**

- l'aptitude ostéo-articulaire et de l'aptitude musculo-tendineuse,
- l'évaluation du risque cardio-vasculaire avec :
- l'ECG de repos (à joindre) datant impérativement de moins d'un an / date : \_\_\_\_\_
- test de flexions (30 flexions en 40 secondes) indice de RUFFIER : \_\_\_\_\_ (0 à 15)
- tension artérielle maximale : \_\_\_\_\_ mmHg
- tension artérielle 1 minute récupération : \_\_\_\_\_ mmHg
- taux d'hémoglobine : \_\_\_\_\_ g/ml
- Attention : Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 11 g/ml : L'activité physique sportive de moyenne ou forte intensité est non recommandée par Trans-Forme sauf dérogation expresse.**
- taux d'hématocrite : \_\_\_\_\_ %
- pour le transplanté rénal, taux de créatinine : \_\_\_\_\_ µmol/l

2. et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants (citer explicitement le nom des sports autorisés, et le mode de pratique : en loisir ou en compétition) :

- \_\_\_\_\_ en loisir – en compétition (1)

3. et atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte (1)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet (visible) \_\_\_\_\_

(1) rayer la mention inutile