

# ATTESTATION D'ENTRAINEMENT DU PARTICIPANT

A retourner impérativement avant le **1<sup>er</sup> juin 2012**

**Attention : à remplir par tous les compétiteurs transplantés ou dialysés.**

Je, soussigné(e), ..... certifie pratiquer une activité physique et sportive régulièrement :  
.....

***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 : aucun

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 le 1<sup>er</sup> juin 2012**  
**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 foulées epfigeises

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 : 19<sup>ème</sup> foulées epfigeises

DATE DE LA MANIFESTATION : 10 juin 2012

---

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

certifie que l'état de santé de  Mme  Mlle  Mr .....

né(e) le ..... / ..... / .....

❖ **Dialysé(e)** 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
- Taux de créatinine \_\_\_\_\_ µmol/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

(1) Rayer la mention inutile

**CERTIFICAT-TYPE M2 DU CARDIOLOGUE, MEDECIN DU SPORT, OU DU  
MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**

**A retourner impérativement avant le 1<sup>er</sup> juin 2012**  
**Attention : valable pour les activités à coût énergétique moyen ou fort**

NOM DE LA MANIFESTATION : 19<sup>ème</sup> foulées epigeoises

DATE DE LA MANIFESTATION : 10 juin 2012

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

1. **déclare avoir pris connaissance de l'épreuve d'effort, de la N.F.S. et du profil tensionnel d'effort** effectués pour de  Mme  Mlle  Mr .....  
datant du ..... / ..... / .....(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**  Mme  Mlle  Mr .....

**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 :
- de l'ECG de repos (à joindre si possible) : \_\_\_\_\_
- du test de flexions (30 flexions en 40 secondes) indice de RUFFIER : \_\_\_\_\_ (0 à 15)
- tension artérielle maximale : \_\_\_\_\_ mmHg
- tension artérielle 1 minute reçu : \_\_\_\_\_ mmHg
- du taux d'hémoglobine : \_\_\_\_\_ g/ml
- du taux d'hématocrite : \_\_\_\_\_ %
- pour le transplanté, du taux de créatinine : \_\_\_\_\_ µmol/l

3. **et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants :**  
course à pied 5 ou 10 km en compétition

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature et cachet**

(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 6 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.