

ATTESTATION D'ENTRAINEMENT DU PARTICIPANT

A retourner impérativement avant le **1^{er} juin 2011**

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^{er} juin 2011
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 : 18^{ème} foulées epfigeises

DATE DE LA MANIFESTATION : 12 juin 2011

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^{er} juin 2011**

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

NOM DE LA MANIFESTATION : 18^{ème} foulées epigeoises

DATE DE LA MANIFESTATION : 12 juin 2011

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.