



New Brunswick
Combat Sport Commission

La Commission des sports de
combat du Nouveau-Brunswick

PREMIER EXAMEN MÉDICAL

Nom complet _____ Âge _____ Date de naissance _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____

Code postal _____ No de téléphone : (_____) _____ - _____

Adresse électronique : _____

EXAMENS DE LA VUE : EFFECTUÉ PAR UN OPHTHALMOLOGISTE OU UN OPTOMÉTRISTE

(Report au plus tard 90 jours avant le combat**).

Vue non corrigée D _____ G _____

Vue corrigée D _____ G _____

Les pupilles sont-elles égales?

OUI

NON

Réaction symétrique à la lumière?

OUI

NON

L'examen ophtalmologique est-il normal?

OUI

NON

Le champ visuel est-il normal?

OUI

NON

Si l'évaluation révèle des anormalités, veuillez les décrire :

OPHTHALMOLOGISTE OU UN OPTOMÉTRISTE (*en caractères d'imprimerie*) : _____

SIGNATURE DU OPHTHALMOLOGISTE OR OPTOMÉTRISTE : _____

DATE DE L'EXAMEN : _____

Étompres ou adresse avec numéro de contact :

EXAMEN GÉNÉRALE : EFFECTUÉ PAR UN MÉDECIN DE FAMILLE

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX :

LISTE ACTIVE DE MÉDICAMENTS :

ALLERGIES :

EXAMEN PHYSIQUE

AUDITION

Audition normale dans les deux oreilles?

OUI

NON

Si le requérant a une déficience auditive, veuillez la décrire :

GLANDES

Absence de l'élargissement de la glande thyroïde
OU de la glande lymphatique?

OUI

NON

Si l'évaluation révèle des anomalies, veuillez les décrire :

APPAREIL RESPIRATOIRE

Examen pulmonaire normal?

OUI

NON

Absence d'une maladie respiratoire aiguë?

OUI

NON

Absence d'une maladie respiratoire chronique? (BPCO – asthme)

OUI

NON

Si l'évaluation révèle des anomalies, veuillez les décrire :

PRESSION ARTÉRIELLE

Bras droit _____/_____ Bras gauche _____/_____

Pression artérielle normale (<140/90)?

OUI

NON

Si l'évaluation révèle des anomalies, veuillez les décrire :



COEUR

- Fréquence cardiaque calculée au point culminant pendant une minute _____
- NORMALE? (<100) OUI NON
- Rythme cardiaque régulier? OUI NON
- Bruits du cœur normaux? OUI NON
- Absence de signes cliniques ou de symptômes?
(DOULEUR THORACIQUE, PALPITATIONS) OUI NON

Si vous avez répondu NON à certaines de ces questions, veuillez fournir d'autres renseignements au sujet des signes ou des symptômes :

ABDOMEN

- Examen normal de l'abdomen? OUI NON
- Absence d'une hernie? OUI NON
- Aorte normale? OUI NON

Si l'évaluation révèle des anomalies, veuillez les décrire :

EXAMEN NEUROLOGIQUE

- L'examen sommaire est-il normal? OUI NON
- Le réflexe rotulien est-il présent et égal dans les deux genoux? OUI NON

Si l'évaluation révèle des anomalies, veuillez les décrire :

ANALYSES SANGUINES *(Veuillez fournir une copie du rapport du laboratoire dans les 90 jours du concours prévu.) :* *Les prises de sang doivent être fait dans les 90 jours du concours"*

- FSC
Glycémie aléatoire
Hb glycosylée
Durée de coagulation (RIN et PTT)

- Dépistage de l'hépatite B ***Antigène de surface, anticorps de surface et anticorps nucléocapsidique
Dépistage de l'hépatite C
Dépistage du VIH
Dépistage de la syphilis

EXAMENS *(Veuillez fournir une copie de l'examen ou du rapport.)*

ECG Normal? OUI NON

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE Normale? OUI NON

MRI - Tête: *(pour combattants 40 ans et plus) daté après leur dernier combat ou en dedans 365 jour de inactivité*

Normale? OUI NON

GÉNÉRAL

Le requérant a-t-il un problème médical ou une maladie qui n'est pas susmentionné et qui exigerait un examen supplémentaire ou qui pourrait l'empêcher de combattre?

OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez déterminer le problème ou la maladie et le décrire :

NOM DU REQUÉRANT : _____

Le requérant est-il en mesure de participer à des matchs de sports de combat OUI NON

MÉDECIN *(en caractères d'imprimerie)* : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN : _____

DATE DE L'EXAMEN : _____

Étampe ou adresse avec numéro de contact :

