



New Brunswick
Combat Sport Commission

La Commission des sports de
combat du Nouveau-Brunswick

EXAMEN MÉDICAL INITIALE

(Pour les nouveaux combattants)

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 valide pour 365 jours).

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 INITIALE

(EFFECTUÉ PAR UN MÉDECIN DE FAMILLE)

Nom du candidat:

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 anormalités, 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 anormalités, veuillez les décrire :

PRESSION ARTÉRIELLE

Bras droit _____/_____ Bras gauche _____/_____

Pression artérielle normale (<140/90)?

OUI

NON

Si l'évaluation révèle des anormalités, 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.)

Les prises de sang doivent être fait dans les 180 jours avant du combat

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

MRI - Tête: *(pour combattants 40 ans et plus) daté apres 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 :



VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE : CASE POSTALE 8056, DIEPPE (N.-B.) E1A 9M7