



**New Brunswick
Combat Sport Commission**

**La Commission des sports de
combat du Nouveau-Brunswick**

La Commission des sports de combat du Nouveau-Brunswick

PREMIER EXAMEN MÉDICAL

Nom complet		Âge	Date de naissance _____
Adresse, ville, province	Code postal	N° de téléphone : (____) ____ - ____ Adresse électronique : _____	

À remplir par le MÉDECIN :

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 :			
VUE			
Vue non corrigée D _____ G _____		Vue corrigée D _____ G _____	

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :

**CASE POSTALE 8056
DIEPPE (N.-B.) E1A 9M7**

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 anomalies, veuillez les 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

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

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.)

- 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.)

EKG

Normal?	OUI	NON
---------	-----	-----

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

Normale?	OUI	NON
----------	-----	-----

EXAMEN DE LA VUE EFFECTUÉ PAR UN OPHTHALMOLOGISTE OU UN OPTOMETRISTE

Normal?	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
-----	-----

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :

**CASE POSTALE 8056
DIEPPE (N.-B.) E1A 9M7**

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

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

OUI

NON

MÉDECIN LÉGISTE (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature du **médecin légiste** : _____

DATE DE L'EXAMEN : _____

Je, _____ (nom du requérant), atteste qu'au meilleur de ma connaissance, les renseignements susmentionnés sont exacts.

Signature du **requérant** : _____

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