



New Brunswick  
Combat Sport Commission

La Commission des sports de  
combat du Nouveau-Brunswick

# EXAMEN MÉDICAL D'ICI 90 JOURS AVANT LE COMBAT

POUR LES COMBATTANTS TITULAIRES D'UN PERMIS

Nom complet \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ No de téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**NO DE PERMIS :** \_\_\_\_\_

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

(RAPPORT 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

---

**ECG :** (SEULEMENT pour les combattants de plus de 35 ans\*\*\*)

---

**ANALYSES SANGUINES :** ELLES DOIVENT ÊTRE RÉPÉTÉES AUX TROIS MOIS POUR CONTINUER À ÊTRE ADMISSIBLE À COMBATTRE\*\*\*

(Veuillez fournir une copie du rapport du laboratoire.)

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

---

À votre connaissance, depuis son dernier examen médical, le requérant a-t-il un nouveau problème médical ou une maladie qu'un médecin devrait évaluer ou auquel il devrait accorder de l'attention?

OUI

NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie de l'examen et de la conclusion.

NOM DU REQUÉRANT : \_\_\_\_\_

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

OUI

NON

NOMS DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_

DATE DE L'EXAMEN : \_\_\_\_\_

**Étompre ou address avec numéro de contact :**



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