



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

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 adresses 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 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.)

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

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

SIGNATURE DU MÉDECIN LÉGISTE : _____

DATE DE L'EXAMEN : _____

Étompres ou adresse avec numéro de contact :



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