

FICHE MEDICALE

L'objectif de cette fiche est d'avoir toutes les informations nécessaires de l'athlète en cas de problème de santé majeur. Elle servira bien entendu de ligne de conduite en cas d'urgence médicale pour les responsables de l'athlète lors des déplacements à l'étranger mais aussi lors de toute autre activité nationale à partir du moment où l'athlète est sous la responsabilité de la FLAM.

Coordonnées de l'athlète

Nom: Prénom:
Date de naissance : Matricule :
Adresse Code postal :
E-mail : GSM :
N°passeport sportif: Tel fixe :

Coordonnées du père ou tuteur

Nom: Prénom:
Date de naissance : Matricule :
Adresse Code postal :
E-mail : GSM :
Tel fixe : Tel bureau :

Coordonnées de la mère ou tutrice

Nom: Prénom:
Date de naissance : Matricule :
Adresse Code postal :
E-mail : GSM :
Tel fixe : Tel bureau :



Coordonnées d'autre personne à contacter en cas d'urgence

Nom: Prénom:
Date de naissance : Matricule :
Adresse Code postal :
E-mail : GSM :
Lien de parenté Tel fixe :
Tel bureau :

Médecin traitant

Nom : Prénom :
Adresse : Code postal :
Tel :

En cas de maladie spécifique, il est important de remettre la fiche d'action à mettre en place en cas de crise ou d'apparition de la symptomatologie décrite. Cette fiche d'action devra être signée par le médecin traitant de l'athlète ainsi que par ses parents s'il est mineur.

Informations confidentielles concernant l'athlète

Données médicales spécifiques importantes à connaître:

Maladies cardiaques:
.....
.....
.....

Maladies pulmonaires :
.....
.....
.....



Maladies neurologiques :

.....

.....

.....

Maladies métaboliques :

.....

.....

.....

Troubles psychiques :

.....

.....

.....

Allergies médicamenteuses : (Précisez aussi les symptômes)

.....

.....

.....

Allergies alimentaires : (Précisez le code de l'allergène svp)

.....

.....

.....

Autres allergies : (Précisez aussi les symptômes)

.....

.....

.....

En cas d'allergie connue, l'athlète doit avoir sa trousse d'urgence et bien entendu savoir s'en servir. Cette trousse d'urgence comporte souvent les médicaments suivants : l'adrénaline, corticoïde ou un hystaminique. (la fiche d'action doit être présente). Les médicaments sont bien entendus à titre personnel et ne sont qu'utilisés pour l'athlète en question.

Traitements médicamenteux ainsi que posologie du médicament

L'athlète prend des **médicaments** ? OUI / NON

Nom du médicament	Posologie	Quand

Antécédents chirurgicaux :

.....

Groupe Sanguin :

Date de la dernière vaccination :

Appareil orthodontie : oui / non supérieure inférieur les deux

Régime alimentaire particulier? OUI / NON Si oui, lequel?

.....

Autres renseignements non repris concernant l'athlète que vous jugez importants !

.....

Documents à joindre obligatoirement :

- une photocopie de la carte de la CNS (recto/verso)
- une photocopie de la carte d'assurance de la communauté européenne (si pas d'affiliation CNS)
- une photocopie de la carte de vaccination
- carte de membre d'assurance complémentaire (facultatif)

Remarques :

- a) *En cas d'appel du SAMU, du médecin de garde ou d'admission dans un établissement hospitalier, le responsable de l'athlète transmettra les informations ci-jointes aux professionnels de santé.*
- b) *Le responsable de l'athlète fera toutes les manœuvres nécessaires avant l'arrivée des professionnels de santé et suivra bien entendu **la fiche d'actions en cas d'urgence** qui a été remise au préalable.*
- c) *Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Le représentant légal, donne par la signature de la présente fiche son consentement à ce que les responsables utilisent les données personnelles y reprises en cas de nécessité et les transmettent au professionnels de santé.*
- d) *En cas de problème de santé le tuteur sera toujours informé mais **en cas de détresse vitale les secours seront toujours appelés même en cas de non-réponse.***

Conformément au règlement général des protections des données applicable à partir du 25 mai 2018 les données seront traitées par les membres de la FLAM et transmises aux professionnels de santé en cas d'urgence médicale.

Luxembourg, le ... /.../.....

« Lu et approuvé » en manuscrit

Signature de l'athlète

Signature d'un parent ou tuteur
