



REPERE
EDITION
NP N°
DATE :

4.1.C.
2017
17_058
22 décembre 2017

4.1.C MODALITES RELATIVES A LA VISITE MEDICALE POUR LES PILOTES DE PLANEUR EN COMPETITION

Prise d'effet en janvier 2018

La modification du code du sport et de ses textes d'application relatifs aux certificats de non-contre indication à la pratique sportive compétitive fait évoluer les modalités des examens médicaux conduits par les médecins. Cette fiche de synthèse a pour objet de synthétiser les démarches à conduire par le pilote compétiteur et par le médecin pour que chacun se conforme aux nouvelles règles en vigueur.

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (art 219)

Décret n°2017-520 du 10 avril 2017

Arrêté du 24 juillet 2017 fixant les caractéristiques de l'examen médical spécifique relatif à la délivrance du certificat médical de non contre-indication à la pratique des disciplines sportives à contraintes particulières

Public visé :

Tout pilote de vol à voile participant à un Championnat de France (vol à voile et voltige), à un Championnat (Inter)Régional ou à un concours sélectif publié au calendrier fédéral.

Nota : la Netcoupe, l'OLC, la coupe Jacques Gomy, les badges FAI, les records, les rencontres amicales et toute autre forme de rencontres non listées au paragraphe précédent ne rentrent pas dans le champ d'application des textes référencés ci-dessus. Dans ce cas, la visite médicale aéronautique dite « Part Med » suffit.

Type de certificat médical exigé :

Certificat médical de non contre-indication à la pratique du vol à voile en compétition (voir § « Aspect pratiques » ci-dessous)

ou
Visite médicale aéronautique « Part Med » si celle-ci a été réalisée moins d'un an avant la compétition envisagée.

Médecin ayant qualité pour délivrer le certificat médical de non contre-indication :

Tout docteur en médecine

Validité :

1 an à la date de délivrance

Aspects pratiques :

Vous devez fournir à l'organisateur de la compétition (Championnat de France, Championnat (Inter)Régional ou concours sélectif) un certificat de non contre-indication selon les modalités de l'arrêté du 24/07/2017 qui stipule qu'une attention particulière doit être portée sur :

- l'examen neurologique et de la santé mentale
- l'examen ophtalmologique (acuité visuelle, vision des couleurs)
- l'examen ORL (Tympan équilibration/perméabilité tubaire, acuité auditive, évaluation vestibulaire)

1. Compléter le *questionnaire préalable à la visite médicale* avant votre rdv chez le médecin ;
2. Lors du rdv (ou même avant), transmettre au médecin le questionnaire complété par vos soins ainsi que la *fiche d'examen médical de non contre-indication à la pratique compétitive du vol à voile* en vue de l'examen médical ;
3. Demander au médecin de compléter le *certificat médical de non contre-indication*.

Les 3 documents cités ci-dessus sont fournis à la suite de la présente fiche.



Fédération Française de Vol à Voile (FFVV)

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE
à la PRATIQUE COMPÉTITIVE DU VOL A VOILE**

Nom.....Prénom.....

Date de naissance.....

Ne présente pas, à ce jour, de contre-indication apparente pour la pratique du vol à voile en compétition

Réserve éventuelle :

Nom du médecin..... Date.....

Signature et cachet



FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE à la PRATIQUE COMPETITIVE DU VOL A VOILE

Document à conserver par le médecin

Cher Confrère,

Merci de bien vouloir réaliser l'examen médical de ce pilote de compétition de planeur en respectant les directives imposées par le ministère des Sports, inscrites sur la feuille d'introduction, afin de lui permettre d'obtenir un Certificat Médical de Non Contre-Indication à la pratique du vol à voile de compétition.

Pour ce faire la commission médicale de la FFVV a édité un schéma comportant deux parties : d'abord un questionnaire à remplir par le pilote, puis votre examen médical inscrit en deuxième partie ci-dessous.

Vous pouvez éventuellement joindre le médecin fédéral de la FFVV
(Dr Gérard Granger téléphone 06 80 66 86 85 mail dr.granger@free.fr)
Merci de votre aide, confraternellement,

La Commission Médicale de la FFVV
commission.medicale@ffvv.org

II- EXAMEN

Nom.....Prénom.....
Adresse.....
Tél.....Date de naissance.....Age.....
Nombre d'heure de vol depuis 1 an..... Total heures de vol.....
Profession.....

SAISON PRECEDENTE

Maladies.....
Traitements.....
Traumatismes.....
Interruptions d'activité pour raison médicale.....

Examen ophtalmologique

Sans correction : OD..... OG.....
Avec correction : OD..... OG.....
lunettes..... lentilles.....

Mini 5/10 par œil ; 7/10 binoculaire

Visons des couleurs : normale anormale

Examen ORL

Tympan :	normaux	anormaux
Perméabilité tubaire (valsalva) :	normale	anormale
Acuité auditive :	normale	anormale
Equilibre :	normal	anormal

MORPHOLOGIE

Taille..... Poids.....IMC.....

Membres supérieurs

Membres inférieurs

Signes fonctionnels ostéo-articulaires

APPAREIL CARDIO VASCULAIRE

Recherche d'un souffle cardiaque (position couchée et debout)

Recherche d'un souffle carotidien,

Recherche d'un souffle aortique,

Palpations des fémorales

Mesure de la pression artérielle aux deux bras (position assise)

Facteurs de risque

Signes fonctionnels

Fréquence cardiaque de repos

ECG si nécessaire

Test d'effort si nécessaire

APPAREIL RESPIRATOIRE

Auscultation

ETAT DENTAIRE**EXAMEN NEUROLOGIQUE ET DE LA SANTE MENTALE**

- ROT normaux	OUI	NON
- Aptitude psychologique à la prise de décisions raisonnées	OUI	NON
- troubles de santé mentale apparents	OUI	NON

OBSERVATIONS EVENTUELLES

CONCLUSION :

APTE

INAPTE



**FICHE D'EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE
à la PRATIQUE DU VOL A VOILE EN COMPETITION**

Questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et à signer par le sportif

Document à conserver par le médecin.

Nom.....Prénom.....

Date de naissance.....

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :.....

Avez-vous déjà été opéré : OUI NON
Si oui précisez

Avez-vous déjà été hospitalisé pour :

Traumatisme crânien :	OUI	NON
Perte de connaissance :	OUI	NON
Epilepsie :	OUI	NON
Crise de tétanie ou spasmophilie :	OUI	NON

Avez-vous des troubles de la vue : OUI NON
Si oui portez-vous des corrections : lunettes lentilles

Avez-vous des troubles de l'audition : OUI NON

Avez-vous des troubles de l'équilibre : OUI NON

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :

Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans :	OUI	NON
Mort subite survenant après 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) :	OUI	NON

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

Malaise ou perte de connaissance :	OUI	NON
Douleur thoracique :	OUI	NON
Palpitations (<i>cœur irrégulier</i>) :	OUI	NON
Fatigue ou essoufflement inhabituel :	OUI	NON

Avez-vous

Une maladie cardiaque :	OUI	NON
Une maladie des vaisseaux	OUI	NON
Été opéré du cœur ou des vaisseaux :	OUI	NON
Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu :	OUI	NON
Une hypertension artérielle :	OUI	NON
Un diabète :	OUI	NON
Un cholestérol élevé :	OUI	NON
Une infection sérieuse dans le mois précédent :	OUI	NON

Avez-vous déjà eu :

Un électrocardiogramme	OUI	NON
Un échocardiogramme	OUI	NON
Une épreuve d'effort maximale	OUI	NON

Avez-vous déjà eu :

- des troubles de la coagulation :	OUI	NON
------------------------------------	-----	-----

A quand remonte votre dernier bilan sanguin (le joindre si possible)

<u>Fumez-vous ?</u>	OUI	NON
---------------------	-----	-----

Si oui combien par jour.....depuis combien de temps.....

<u>Avez-vous de l'asthme ?</u>	OUI	NON
--------------------------------	-----	-----

<u>Avez-vous des allergies ?</u>		
----------------------------------	--	--

<u>Avez-vous des maladies ORL répétitives ?</u> : (angines, sinusites, otites)	OUI	NON
--	-----	-----

Vos dents sont-elles en bon état ?	OUI	NON
------------------------------------	-----	-----

Avez-vous déjà eu :

- des problèmes vertébraux	OUI	NON
- une anomalie radiologique		

Avez-vous déjà eu un traumatisme

-des membres ou des articulations	OUI	NON
-si oui précisez	OUI	NON

<i>Avez-vous une maladie des transports nécessitant une prise de médicaments</i>	OUI	NON
--	-----	-----

Avez-vous eu une sérologie HIV	OUI	NON
--------------------------------	-----	-----

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES FEMMES :

Prenez-vous une contraception orale ?	OUI	NON
---------------------------------------	-----	-----

Etes-vous enceinte ?	OUI	NON
----------------------	-----	-----

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

NOM..... Date.....

Signature