SUIVI MEDICAL REGLEMENTAIRE

FEDERATION FRANÇAISE DE SURF

OLYMPIADE 2025-2028

Remplir les pages 5 à 13 avant la visite médicale et les présenter au médecin
Donner la page 2 au médecin (ou au secrétariat)

Table des matières

Instructions pour le Centre de Médecine du Sport 2
Cadre réglementaire du SMR 3
Miniguide de l'antidopage 4
Questionnaire individuel 5
Examen clinique 8
Bilan diététique 11
Bilan psychologique 14
Questionnaire de surentraînement 15
Électrocardiogramme au repos 17

INSTRUCTIONS POUR LE CENTRE DE MEDECINE DU SPORT

Il est important que le Centre de médecine du sport réalisant le SMR :

1. **Mettre en œuvre le protocole** de la surveillance médicale réglementaire et à respecter les modalités prévues par le code du sport et par la Fédération Française de surf.

2. **Transmettre** par email, au médecin fédéral le Docteur Audrey FRANCOIS, les résultats des examens (c'est à dire **le dossier SMR complété)** : medical@surfingfrance.com

3. Le jour de l'examen, **compléter le formulaire fédéral de suivi** en y précisant les informations demandées (flasher le QR code ci-dessous ou cliquer/taper sur le lien suivant) : https://forms.gle/XrQMeJHNTCkVkswUA

4. En fin d'année civile (pour les centres conventionnés), **transmettre une facture pour l'ensemble des SMR réalisés** aux personnes suivantes :

   - Rémi CASTAING (pôle comptabilité) : compta@surfingfrance.com
   - Mickael BORDE (référent SMR) : mickael.ctn@surfingfrance.com
   - Au directeur technique National : dtn@surfingfrance.com

CADRE REGLEMENTAIRE DU SMR

Commission médicale du 13 janvier 2025.

Nature des examens médicaux pour les surfeurs de Haut Niveau, Espoirs et Collectifs Nationaux à partir du 1er novembre 2016. (Article A 231-3 du code du sport)

Article L231-6 du Code du Sport.

Articles A 231-3 et 4 du Code du sport

Dans les deux mois qui suivent la première inscription sur la liste des sportifs de haut niveau et annuellement pour les inscriptions suivantes, les sportifs de haut niveau doivent se soumettre à :

1. ***Un examen médical réalisé par un médecin du sport comprenant :***
    a. *Un examen clinique avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport ;*
    b. *Un bilan diététique et des conseils nutritionnels ;*
    c. *Un bilan psychologique visant à dépister des difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive ;*
    d. *La recherche indirecte d'un état de surentraînement via un questionnaire élaboré selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport ;*
2. ***Un électrocardiogramme de repos.***

A la demande du médecin du sport et sous sa responsabilité, les bilans psychologique et diététique mentionnés au 1° peuvent être effectués respectivement par un psychologue clinicien ou un diététicien.

Périodicité de la surveillance médicale.

- *Dans les 2 mois qui suivent la 1ère inscription en liste.*
- *Annuellement pour les inscriptions suivantes.*

Examen préalable à l'inscription en liste donc hors prise en charge fédérale :

- *Visite médicale.*
- *Échographie cardiaque.*

Examens médicaux préconisés hors surveillance médicale réglementaire donc hors prise en charge fédérale :

- *Examen ORL en particulier recherche d'exostose*
- *Examen dermatologique pour tous et en particulier pour les sportifs des DOM*
- *Examen dentaire*

La Commission médicale de la FF Surf.

MINIGUIDE DE L'ANTIDOPAGE

AFLD
AGENCE FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE LE DOPAGE

Le miniguide de l'antidopage

LA PROCÉDURE DE CONTRÔLE DU DOPAGE*

Où et quand peut avoir lieu un contrôle ?
En compétition et hors compétition, n'importe où, entre 6h et 23h.

Qui réalise les contrôles ?
Des agents de contrôle du dopage (ACD aussi appelés préleveurs en France) formés, assermentés et agréés.

A la demande de qui ?
De l'AFLD ou d'autres organisations antidopage.

Quels types de prélèvements sont effectués ?
Urine ou sang.

La protection du sport propre est l'affaire de tous !
Pour signaler des faits de dopage de manière anonyme : **afld.fr/signaler**

01 *Notification au sportif*

02 *Accueil au poste de contrôle du dopage*

03 *Choix d'un gobelet de recueil*

04 *Observation de la miction par un ACD ou une escorte du même sexe*

05 *90 ml d'urine minimum*

06 *Choix d'un kit de prélèvement*

07 *Répartition de l'échantillon*

08 *Mesure de la densité urinaire*

09 *Observations sur le formulaire et signature*

*Pour le prélèvement d'un échantillon urinaire

PENDANT LA PROCÉDURE DE CONTRÔLE

DROITS DES SPORTIFS

Être accompagné par un représentant et un interprète (si disponible).

Demander un délai avant le contrôle pour une raison valable.

Noter sur le formulaire leurs observations sur le déroulement du contrôle.

RESPONSABILITÉS DES SPORTIFS

Se soumettre au contrôle jusqu'à la fin de la procédure.

Présenter une pièce d'identité appropriée.

Demeurer en présence de l'escorte ou de l'agent de contrôle du dopage en tout temps.

VIOLATIONS DES RÈGLES ANTIDOPAGE (VRAD)

Principe de **responsabilité objective** : le sportif est responsable de toutes les substances retrouvées dans son organisme.

Une VRAD peut entraîner **une suspension d'une durée de 2 à 4 ans** (suspension de compétitions, d'entraînements et d'encadrement).

MÉDICAMENTS ET AUT (*autorisations d'usage à des fins thérapeutiques*)

BONS REFLEXES

PRÉCISER aux professionnels de santé que l'on est sportif et soumis aux règles antidopage.

CONSULTER un professionnel de santé avant de prendre tout médicament.

VÉRIFIER le caractère interdit ou non d'un médicament sur le site **medicaments.afld.fr**

Les sportifs devant suivre un traitement médical contenant une substance interdite peuvent être autorisés à le faire.
→ Une demande d'AUT est nécessaire

Les sportifs de niveau national ou international doivent faire une demande d'AUT préalablement à l'usage de substances ou de méthodes interdites dans le cadre d'un traitement médical.

Dans certains cas, il pourra être possible de faire une demande d'AUT rétroactive.

LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Les compléments alimentaires peuvent présenter des risques pour la santé et des risques de dopage.

Certains compléments pourraient contenir des substances interdites dont la consommation serait susceptible de conduire à un contrôle positif et à une sanction.

IMPORTANT
Il n'existe aucune norme ou certification qui puisse garantir à 100% qu'un complément ne contient pas de substances interdites.

BONS REFLEXES

PRENDRE CONSEIL auprès d'un professionnel de santé pour ses besoins nutritionnels.

PRIVILÉGIER les compléments alimentaires qui affichent la norme AFNOR NF EN 17444.

Attention, le risque zéro n'existe pas !

LA LOCALISATION

Pour les sportifs inscrits dans un « groupe cible » et dans un « groupe de contrôle », il est important de renseigner ses informations de localisation **dans les délais**.

Pour les sportifs du « groupe cible », deux types de manquements :

→ Absence de transmission d'informations, informations insuffisamment précises, ou défaut d'actualisation de ses informations dès que possible.
→ Le contrôle manqué (« no show »).

ATTENTION
3 manquements sur une période de 12 mois entraînent une violation présumée des règles antidopage et l'ouverture d'une procédure disciplinaire.

BONS REFLEXES

SOUMETTRE chacun de ses trimestres au complet (avant le 15 du mois précédant le trimestre).

MODIFIER sa localisation dès connaissance d'un changement de calendrier.

CONTACTS

Éducation et prévention
education@afld.fr / 06 18 20 50 17

Localisation
localisation@afld.fr / 06 27 48 88 74

Service médical
medical@afld.fr / 01 40 62 76 78

Service juridique
juridique@afld.fr / 01 40 62 72 56

Observations sur le déroulement des contrôles
qualite@afld.fr

RESSOURCES

Signaler un fait de dopage
afld.fr/signaler

Rechercher le caractère interdit ou non d'un médicament
medicaments.afld.fr

Compléments alimentaires
afld.fr/complements

AUT (autorisation d'usage à des fins thérapeutiques)
afld.fr/AUT

Liste des substances et méthodes interdites de l'Agence mondiale antidopage (AMA)
wada-ama.org/fr/liste-des-interdictions

ADAMS – Système d'administration et de gestion antidopage de l'AMA
adams.wada-ama.org

Plateforme ADEL de l'AMA
adel.wada-ama.org/fr

FFSURF

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL :

À remplir et signer par le sportif

Document à conserver par le médecin examinateur- **A remplir par les parents du mineur**

Nom : ..... **Prénom :** .....
Date de naissance : ..... **Sport pratiqué** : ..... **Pôle** :
Niveau scolaire : .....
Médecin Traitant : .....
Niveau sportif (régional, national, titres…) :.....
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ? .....
Mode de vie : … Internat : .....à domicile : .....

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

Avez-vous déjà été opéré ?	□ Oui	□ Non
Préciser et si possible joindre les comptes rendus opératoires.		
Avez-vous déjà été hospitalisé pour traumatisme crânien	□ Oui	□ Non
Perte de connaissance	□ Oui	□ Non
Épilepsie	□ 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 eu des troubles de l'audition	□ Oui	□ Non
Avez-vous eu 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 survenue avant 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 (cœur irrégulier)	□ 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
Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (Médicaments, compléments alimentaires ou autres)	□ 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

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? ..... (le joindre si possible)

Fumez-vous ?	□ Oui	□ Non

Si oui, combien par jour ? ..... Depuis combien de temps ? .....

Avez-vous :

- des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme)	□ Oui	□ Non
- des allergies cutanées	□ Oui	□ Non
- des allergies à des médicaments	□ Oui	□ Non

Si oui, lesquels .....

Prenez-vous des traitements

- pour l'allergie ?	□ Oui	□ Non
- pour l'asthme ? (si oui, lesquels)	□ Oui	□ Non
Avez-vous des maladies ORL répétitives (angines, sinusites, otites)	□ Oui	□ Non
Vos dents sont-elles en bon état ? (Joindre votre dernier bilan dentaire)	□ Oui	□ Non

Avez-vous déjà eu ?

- des problèmes vertébraux :	□ Oui	□ Non
- une anomalie radiologique :	□ Oui	□ Non

Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand)

- une luxation articulaire	□ Oui	□ Non
- une ou des fractures	□ Oui	□ Non
- une rupture tendineuse	□ Oui	□ Non
- des tendinites chroniques	□ Oui	□ Non
- des lésions musculaires	□ Oui	□ Non
- des entorses graves	□ Oui	□ Non
Prenez-vous des médicaments actuellement	□ Oui	□ Non
Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement	□ Oui	□ Non

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus .....

Avez-vous eu les vaccinations suivantes :

Tétanos polio □ Oui □ Non

Date du vaccin antitétanique :

Hépatite □ Oui □ Non

Autres, précisez : ……

Avez-vous eu une sérologie HIV : □ Oui □ Non

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.

À quel âge avez-vous été réglée ? .....

Avez-vous un cycle régulier ?	□ Oui	□ Non
Avez-vous des périodes d'aménorrhée ?	□ Oui	□ Non
Combien de grossesses avez-vous eu ?.....		
Prenez-vous un traitement hormonal ?	□ Oui	□ Non
Prenez-vous une contraception orale ?	□ Oui	□ Non
Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?	□ Oui	□ Non
Suivez-vous un régime alimentaire ?	□ Oui	□ Non
Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ?	□ Oui	□ Non
Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ?	□ Oui	□ Non
Avez-vous une affection endocrinienne ?	□ Oui	□ Non

Si oui, laquelle ? .....

Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ? .....

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

Nom Date Signature

EXAMEN CLINIQUE

INTERROGATOIRE

Date : **Nom et prénom :** **Date de naissance :**

Adresse : **Téléphone :**

Mail :

Sports pratiqués/ niveau (derniers résultats) :

Activités : Entrainements (Spé/ PPG) :

Autres :

Antécédents médicaux :

Chir :

Traumato :

Allergiques :

Gynéco-obst:

Familiaux :

Traitements :

Vaccins :

MDV :

Derniers bilans : - MuscSquel :

- CardioVasc :

- Biologiques :

EXAMEN PHYSIQUE

P: ; T: ; MG: ; MM: ; H²O : ; MB (Métab de Base):

Bilans

1. **Psycho :**

2. **Diététique :**

Alcool : Tabac :

Hydratation :

Alimentation / Quotidienne et pré-compétition :

3. **App.Loc.**: SF:

Souplesse : DDS/ Schobber: / ; Flx IJ: °; DDPA: ;
DTF: Psoas:
Rachis RC : RotD =<> Rot G (~ °); FLD =<> FLG (~ °)
RD : RotD =<> Rot G (~ °); FLD =<> FLG (~°)

Bassin
Rachis:

Mb Inf: axe/ ex podo ;
mobilité/ stabilité articulaires :
raideurs :
faiblesses :

Mb Sup:

Mobilité/ stabilité articulaires :

testing iso coiffe artic :

Neuro : Cutané : Pneumo : ORL :

Dtre : suivi : état BD : occlusion :

OPH:

4. **Cardio-Vasc** :

SF/FDR: ;

Bilans antérieurs :

Bdc : ; TA : / , ortho: /;

Test médico-sportif (RD) :

P0: ; P1: ; P2 : ;

TA0:/ ; TA1: ; TA2: ;

autres : Thyr, Uro-gynéco

Conclusions :

Contre-indications :

Programmation :

BILAN DIETETIQUE

A remplir avant la visite médicale et à présenter au médecin

La façon de se nourrir fait partie intégrante de la préparation de l'athlète et contribue directement à sa performance.
Aliments = Énergie

Nom : **Sport :** **Date de naissance :**

Taille : Poids actuel : Poids de forme optimal :

HABITUDES ALIMENTAIRES

Type d'alimentation :

□ variée □ plutôt riche en féculents □ plutôt riche en graisses
□ plutôt riche en protéines □ végétarien □ végétalien

Appétit : □ bon □ moyen □ irrégulier □ mauvais

Objectifs : □ entretien □ augmentation de la masse musculaire
□ prise de poids □ amaigrissement

Aversions et/ou allergies alimentaires ? □ Oui □ Non
Si oui, lesquelles :
Pathologies liées à l'alimentation ? □ Oui □ Non
Si oui, lesquelles :
Changement d'alimentation en fonction des objectifs sportifs ? □ Oui □ Non
J'ai la sensation d'avoir perdu le contrôle de mon poids □ Oui □ Non
Mon poids fluctue de plus de 6 kgs dans la saison □ Oui □ Non
Je me trouve trop gros(se) □ Oui □ Non
La nourriture me préoccupe en permanence □ Oui □ Non
Régime antérieur ? □ Oui □ Non
Régime en cours ? □ Oui □ Non

LES REPAS : A QUELLE FREQUENCE PRENEZ-VOUS LES REPAS SUIVANTS ?

Petit-déjeuner	□ Jamais	□ Tous les jours	□ Autre :
Déjeuner	□ Jamais	□ Tous les jours	□ Autre :
Dîner	□ Jamais	□ Tous les jours	□ Autre :
Collation	□ Jamais	□ Tous les jours	□Autre :
	□ Matin	□ AM	□ Soir

Détail des collations :

Grignotage □ Oui □ Non

HYDRATATION (COMBIEN BUVEZ-VOUS PAR JOUR)

Eau plate, gazeuse, infusions	□ 1/2 l.	□ 1 l.	□ + de.
Boissons sucrées (sirop, sodas)	□ 0 verre	□ 1 à 2 verres	□ + de 2 v
Boissons alcoolisées	□ 0 verre	□ 1 à 2 verres	□ + de 2 v
Thé/Café (préciser)	□ 0 Tasse	□ 1 à 3 Tasses	□ >3 T

Vous buvez :

□ Pendant les repas □ Entre les repas □ Pendant l'entraînement

COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ-VOUS ?

Lait/yaourts/fromage blanc/petits suisses

Fromages secs

Crème dessert, flan

Viandes/poissons/œufs/jambon

Féculents autres que le pain : pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs

Pain/biscottes/céréales

Fruits

Légumes crus ou cuits

Avez-vous l'habitude de cuisiner "léger" (peu d'huile, de beurre…) □ Oui □ Non

COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE MANGEZ-VOUS ?

Sucreries (bonbons, glaces, barres choco...)	□ <=1	□ 2 à 4	□ > 4
Viennoiseries, pâtisseries	□ <=1	□ 2 à 4	□ > 4
Restauration rapide	□ <=1	□ 2 à 4	□ > 4
Charcuteries (saucisson, pâté...)	□ <=1	□ 2 à 4	□ > 4
Fritures, plats en sauce...	□ <=1	□ 2 à 4	□ > 4

PRENEZ-VOUS DES VITAMINES ET/OU ADDITIFS ?

Vitamine C □ Oui □ Non

Poly vitamines :

Prescription médicale : oui/non Internet : oui/non

Compléments alimentaires ? □ Oui □ Non

Prescription médicale : oui/non Internet : oui/non

PENDANT LE SPORT

Boissons à l'entraînement

Eau	□ Oui	□ Non
Boissons sucrées	□ Oui	□ Non
Boissons énergétiques	□ Oui	□ Non

Aliments à l'entraînement : (fruits, barres…)

Boissons en compétition

Eau	□ Oui	□ Non
Boissons sucrées	□ Oui	□ Non
Boissons énergétiques	□ Oui	□ Non

Aliments en compétition : (fruits, barres…)

AVIS DE L'EXAMINATEUR

Présente un trouble du comportement alimentaire ? □ Oui □ Non
Ce trouble nécessite-t-il un avis psychologique ? □ Oui □ Non
Ce trouble nécessite-t-il un avis diététique ? □ Oui □ Non
Ce trouble est-il compatible avec la poursuite en compétition ? □ Oui □ Non
Commentaires :

Identification et signature du praticien :

FFSURF

BILAN PSYCHOLOGIQUE

A remplir avant la visite médicale et à présenter au médecin

Nom : **Date de naissance :**

1. DIFFICULTÉS DE SOMMEIL (Endormissement, réveil précoce, réveils nocturnes, somnolence) :			oui ☐	non ☐
2. TROUBLES DE L'ALIMENTATION (Perte ou augmentation de l'appétit, excès boulimiques)			oui ☐	non ☐
3. DIFFICULTÉS DE MÉMOIRE, DE CONCENTRATION, DE L'ATTENTION			oui ☐	non ☐
4. PRÉSENCE DE PEURS OU D'ANGOISSES SUFFISAMMENT IMPORTANTES POUR MODIFIER LE COMPORTEMENT :			oui ☐	non ☐
5. TROUBLES DE L'HUMEUR (Tristesse, euphorie) :			oui ☐	non ☐
6. TROUBLES DES ÉMOTIONS (Froideur affective, indifférence, hyperémotivité)			oui ☐	non ☐
7. EXISTENCE OU APPARITION D'UN COMPORTEMENT GÊNANT (Agitation, irritabilité, impulsivité, TOC,…) :			oui ☐	non ☐
8. PRÉSENCE DE TROUBLES DE LA PERCEPTION (hallucinations) ET D'IDÉES DÉLIRANTES :			oui ☐	non ☐
9. DIFFICULTÉS SOCIALES (Famille, couple, groupe, rapport à l'entraîneur, scolarité, vie professionnelle) :			oui ☐	non ☐
10. TROUBLES DES DIFFÉRENTES FORMES D'EXPRESSION (Communication orale, écrite, gestuelle) :			oui ☐	non ☐
11. PRISE DÉCLARÉE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :				
	Alcool	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
	Tabac	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
	Cannabis et dérivés	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
	Amphétamines et dérivés	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
	Cocaïne et dérivés	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
	Héroïne et dérivés	jamais ☐	occasionnelle ☐	régulière ☐
12. SUIVI SUR LE PLAN ÉDUCATIF PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE :			oui ☐	non ☐
13. PRISE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES :			oui ☐	non ☐
14. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES :			oui ☐	non ☐
15- **SOUHAITEZ-VOUS RENCONTRER UN(E) PSYCHOLOGUE DU SPORT ?**			oui ☐	non ☐

EXAMEN

Signal d'appel ? □ Oui □ Non

ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE

Le sportif présente une ou plusieurs difficultés psychologiques ? □ Oui □ Non

Commentaires :

Identification et signature du praticien :

FFSURF

QUESTIONNAIRE DE SURENTRAINEMENT

A remplir avant la visite médicale et à présenter au médecin

QUESTIONNAIRE SURENTRAÎNEMENT-P1	OUI	NON
Ce dernier mois mon niveau de performance sportive ou mon état de forme a diminué		
Je fais des contre-performances		
Je me sens en état d'infériorité		
Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles		
J'ai des crampes, courbatures, douleurs musculaires fréquentes		
Je prends moins de plaisir à mon activité sportive		
Les séances me paraissent trop rapprochées		
Je supporte moins bien mon entraînement, les séances sont difficiles		
Je me fatigue plus facilement, J'ai parfois des malaises ou des étourdissements		
Je me blesse facilement		
Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos		
J'ai moins confiance en moi, Je m'irrite plus facilement		
J'ai les jambes lourdes		
J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive		
Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité		
J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle		
Je dors moins bien OU plus qu'avant		
Je somnole et baille dans la journée		
Mon désir sexuel a diminué OU J'ai des troubles des règles		
J'ai une sensation de palpitations		
J'ai moins d'appétit qu'avant OU Je mange davantage		
J'ai une sensation de gorge serrée		
Je maigris OU Je grossis		
J'ai souvent des troubles digestifs		
Je suis pessimiste, j'ai des idées noires		
Je prends moins de plaisir à mes loisirs		
Je me sens nerveux, tendu, inquiet		
J'ai plus souvent mal à la gorge		
Je m'enrhume fréquemment		
Je me sens souvent fatigué		

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Y-a-t-il eu au cours du mois un événement important ayant perturbé votre vie personnelle ou familiale ? □ Oui □ Non

Nombre de oui :

Nombre de non :

(Si plus de 12 à 15 oui, argument en faveur d'un état de surentraînement)

FFSURF

QUESTIONNAIRE SURENTRAÎNEMENT – P2

Mon état physique

1	2	3	4

Très mal — Très bien

Je me fatigue

1	2	3	4

Plus vite — Plus lentement

Je récupère de mon état de fatigue

1	2	3	4

Plus lentement — Plus vite

Je me sens

1	2	3	4

Très anxieux — Très détendu

J'ai la sensation que ma force musculaire a

1	2	3	4

Diminué — Augmenté

J'ai la sensation que mon endurance a

1	2	3	4

Diminué — Augmenté

DES DIFFICULTES ?

Avez-vous eu des difficultés particulières de compréhension des questions ?

□ Oui □ Non

AVIS DE L'EXAMINATEUR

Présente un état de surentraînement ? □ Oui □ Non

Commentaires :

Identification et signature du praticien :

ÉLECTROCARDIOGRAMME AU REPOS