



Fiche médicale - Medical sheet

Médecin / Doctor

✍ Nom / Name:

☎ Téléphone / Phone:

Date, signature & timbre éventuel x

Données personnelles / Personal details

Nom & prénom / Name and first name:

Date de naissance / Date of birth:

Religion / Religion:

☎ Téléphone / Phone:

Adresse / Address:

Changement d'adresse / Change of adress:

Directives

- a. La fiche Médicale de l'ACSOF devrait être remplie et signée par un médecin.
La partie "antécédents médicaux" doit être remise à jour régulièrement.
- b. La fiche Médicale de l'ACSOF devrait être détenue par un accompagnateur (soigneur ou autre) soit conservée bien en vue dans la malle de concours ou encore portée directement par le concurrent.

Recommandations médicales

- Traumatisme crânien mineur: Le compétiteur ne devrait pas monter ou conduire un véhicule le même jour ou jusqu'à convalescence complète.
- Perte de conscience pour une courte période ou amnésie post traumatique: Le compétiteur ne doit pas monter ou prendre part à une compétition pour un minimum de 7 jours !
- Période prolongée de perte de conscience: le compétiteur ne doit pas monter ou prendre part à une compétition pour un minimum de 3 semaines !
- Blessures générales: le temps dépend évidemment des blessures actuelles, mais la sécurité du cavalier, du cheval et du public doit être prise en considération.
- L'immunisation anti-tétanique doit être surveillée.

Antécédents médicaux / Medical history - Blessures antérieures / Previous injuries

- Oui (année) yes (year)
- non no

- Tête / Head**
- Commotion / Concussion**
- Visage / Face**
- Cou / Neck**
- Dos / Back**
- Abdomen / Abdomen**
- Membres / Limbs**

- Interventions chirurgicales / Previous surgical operations**

Etat médical / Medical conditions

- Diabète / Diabetes**
- Epilepsie / Epilepsy**
- Syncope / Blackouts**
- Asthme / Asthma**
- Coeur / Heart**
- Poumon / Lung**
- Autres (y comp. reins) / other (including renal)**

Informations supplémentaires / Other informations

- Vue normale / Normal sight**
- Pupilles normales / Normal pupils**
- Verres de contact / Contact lenses**
- Ouïe normale / Normal hearing**
- Allergies / Allergies**
- Médication / Medication**

Prenez-vous de la cortisone (stéroïdes) ? / Are you on Cortisone (steroid) ?

Avez-vous déjà été soigné avec de la Cortisone ? / Have you ever required Cortisone treatment ?

☞ **Groupe sanguin / Blood group**

☞ **Date du dernier vaccin Tétanos / Date of the last Tetanus immunisation**

Veillez donner ci-dessous les détails des blessures antérieures / interventions chirurgicales / conditions médicales, avec les dates y relatives: Previous serious injuries / surgical operations / medical conditions below, including dates:

☞ **Veillez inscrire tout traitement actuellement en cours: All current medication below:**

☞ **Veillez indiquer vos éventuelles allergies: Any allergies:**

Parent le plus proche - Nom / Next of kin - Name:

Degré de parenté / Relationship:

☎ **Téléphone / Phone:**

Adresse / Adress:

Changement d'adresse / Change of adress:

☎ **Nouveau Tél. / New phone:**

Transport du cheval / Horse box détails **No d'immatriculation / Registration No.:**