

# FORMULAIRE MÉDICAL

(à remplir uniquement par les participants transplantés)

M.  Mme  Mlle   
Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date de Naissance (jj/mm/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## Déclaration devant être signée par le cardiologue/spécialiste de l'hôpital en charge du suivi du patient

Suite à un examen et/ou un test d'effort récent je déclare par la présente que le patient mentionné ci-dessus est en mesure de prendre part à des activités sportives dans le cadre des 16<sup>èmes</sup> Championnats Européens des transplantés du cœur et des poumons qui se dérouleront du 11 au 16 juillet 2016 à Vantaa (Finlande).

J'autorise le patient à participer aux épreuves suivantes (rayer les sports non autorisés) :

**Athlétisme** : 100 m, 400 m, 800 m (F), 1.500 m (H), saut en longueur, saut en hauteur, lancer de balle, lancer de poids, cross ou marche 4.000 m. **Natation** : 50 m, 100 m. **Cyclisme** : 20 km. **Badminton. Tennis. Tennis de table. Golf. Bowling. Volleyball. Pétanque.**

## Je confirme l'exactitude des informations ci-dessous :

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature du cardiologue/spécialiste \_\_\_\_\_

Le patient a bénéficié d'une : Greffe de cœur  Greffe de poumon(s)  Greffe cœur et poumon(s)

Date de la transplantation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Téléphone de l'hôpital en charge du patient : \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Taux de créatinine du patient : \_\_\_\_\_  $\mu\text{mol/l}$  Date de l'examen : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Le patient a-t-il récemment présenté un rejet, des troubles importants ou des complications ayant nécessité un suivi médical ou hospitalier lors des 12 derniers mois : OUI  NON

Si OUI préciser l'état actuel du patient : \_\_\_\_\_

## TRAITEMENTS MÉDICAUX EN COURS

Ciclosporine : \_\_\_\_\_ mg/jour Mycophenolate (-mofetil) : \_\_\_\_\_ mg/jour

Azathioprine : \_\_\_\_\_ mg/jour Tacrolimus : \_\_\_\_\_ mg/jour

Corticoïdes : \_\_\_\_\_ mg/jour Everolimus : \_\_\_\_\_ mg/jour

Rapamycin : \_\_\_\_\_ mg/jour Autres : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

**Signature de l'athlète** : Je confirme que toutes les informations que j'ai communiquées aux médecins et au Comité d'Organisation Local Vantaa 2016 concernant mon état de santé et les données médicales sont exactes et à jour.

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :