



ISKA – CANADA
203-1545, boul. Curé-Labelle,
Laval (Qc), H7V 2W4

CERTIFICAT D'EXAMEN MÉDICAL

Examen médical obligatoire avant entraînement : I, II et III, (IV et V si le médecin le juge nécessaire)

Examen médical précédant un combat : compéter les sections I et III

Section I – Identification du candidat

1.1 Nom : _____ Prénom : _____
1.2 Nom d'emprunt (s'il y a lieu) : _____
1.3 Adresse (No. et Rue) : _____ App. : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
1.4 Date de naissance : ____ / ____ / ____
1.5 Poids : _____ kg ou _____ lbs

Section II – Antécédents médicaux et familiaux

Spécifiez les contre-indications à combattre s'il y a lieu :

Section III – Examen médical

3.1	Ouïe	Y a-t-il perforation du tympan?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Y a-t-il hypoacousie?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Y a-t-il otite chronique?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3.2	Vue	Y a-t-il – isochorie?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		- réflexe photomoteur? Gauche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Droit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
		- fundoscopie normale? Gauche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Droit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Vision	Gauche : ____ /20	Droit : ____ /20	
3.3	Bouche	Y a-t-il quelque maladie de la bouche ou de la gorge?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3.4	Cou (glandes)	Y a-t-il hypertrophie de la glande thyroïde ou des ganglions lymphatiques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3.5	Système respiratoire	Y a-t-il des signes de maladies respiratoires -aiguës?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		-chroniques?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3.6	Tension artérielle	Systolique	Diastolique	Point de disparition du son
	1 ^e lecture	_____	_____	_____
	2 ^e lecture	_____	_____	_____

3.7	Cœur	Pouls mesuré à l'auscultation cardiaque, pendant une minute _____ Y a-t-il trouble du rythme cardiaque? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Y a-t-il des signes de maladies du cœur Ou des vaisseaux sanguins? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.8	Abdomen	L'examen révèle-t-il quelque anomalie? (hépatomégalie, splénomégalie) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, spécifiez : _____
3.9	Hernie	Y a-t-il hernie? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.10	Réflexes	Les réflexes roturiens sont-ils présents et symétriques? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.11	Système nerveux	Y a-t-il signe d'atteinte du système nerveux? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.12	Mains	Y a-t-il signe de tumescence ou de blessure? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.13	Alcool	Y a-t-il signe d'usage de boissons alcooliques? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Drogues	Y a-t-il signe d'usage d'agents ou de médicaments stimulants? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Tabac	Y a-t-il usage de tabac? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.14	État général	Y a-t-il signe d'un état pathologique non décrit spécifiquement ci-haut et pour lequel un examen additionnel serait nécessaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Section IV – Tests de laboratoire

4.1	Urine	Analyse par la méthode URISTIX – normale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4.2	EEG	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
4.3	ECG	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
4.4	Hémogramme	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
4.5	VDRL ou BW	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

Section V – Autres (s'il y a lieu)

5.1 Remarques :

Je certifie par la présente que j'ai examiné le candidat dont le nom apparaît ci-haut et que, consécutivement à cet examen, je le considère : apte ou inapte à combattre.

Signature du médecin examinateur : _____

Numéro de licence du médecin : _____

Date : ____ / ____ / ____
 Jour mois année