FICHE D'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Examen préventif non pris en charge par la CPAM

A adresser au dépt médical-FFN - Dr J.P.CERVETTI 14 rue Scandicci 93508 Pantin Cedex Tél : 01-41-83-87-45 ou par mail medical@ffnatation.fr

Fiche à remplir en respectant la confidentialité avec le sportif

Nom : **Prénom :** **Date de Nais. :**

Marquer d'un trait vertical votre évaluation sur le curseur entre mauvais et excellent

NIVEAU D'ANXIETE

1. Qualité du sommeil, de l'endormissement, du stress Mauvais [- - - - - - - - -] Excellent
2. Anxiété de performance scolaire et sportive ? Mauvais [- - - - - - - - -] Excellent
3. Plaintes somatiques répétées avec examen clinique normal ? *(Spasmophilie)* Mauvais [- - - - - - - - -] Excellent
4. Absentéisme scolaire ou sportif ? (Perfectionnisme) Mauvais [- - - - - - - - -] Excellent

CONDUITES à RISQUES et OPPOSITIONNELLES

Mauvais [- - - - - - - - -] Excellent

(auto agressivité , hétéro agressivité , consommation de toxiques , ivresses , sexualité précoce , sexualité non protégée , conduite dangereuse , résultats scolaires en baisse etc. .. ?)

DIFFICULTES ALIMENTAIRES.

Mauvais [- - - - - - - - -] Excellent

(Vomissements post prandiaux, anorexie, boulimie, laxatifs etc… ?)

L'HUMEUR

Mauvais [- - - - - - - - -] Excellent

(Tristesse, perte de l'élan vital, sommeil refuge, réveil fatigué, hyperactivité etc.. ?)

QUALITE RELATIONNELLE avec :

1. La famille, Mauvais [- - - - - - - - -] Excellent
2. Les amis, Mauvais [- - - - - - - - -] Excellent
3. Le club, *(isolement, bizarreries etc… ?).* Mauvais [- - - - - - - - -] Excellent

UN SUIVI serait-il SOUHAITABLE ? **OUI/NON**

OBSERVATIONS

Nom et cachet du Psychologue **Nom et cachet du Médecin**

Date : **Date :**

Cette fiche doit être remplie soit:

- ✓ **par un médecin**
- ✓ **par un psychologue à la demande du médecin et visée par ce dernier.**