

## ÉVALUATION MÉDICALE PRÉALABLE À LA PARTICIPATION WORLD TRIATHLON

Cette lettre vise à décrire les lignes directrices de la politique de Triathlon Canada en matière d'autorisation d'examen médicale préalable à la participation des athlètes de World Triathlon (l'évaluation de pré-participation (EPP)).

### CONSEILS AUX MÉDECINS

En tant que membre de World Triathlon, Triathlon Canada est tenu de documenter l'autorisation médicale de tous les athlètes **triathlon**, **paratriathlon** et **multisport** éligible dans les catégories de **jeunesse**, **junior**, **U23** et **élite** avant leur participation aux épreuves sanctionnées par World Triathlon, qui peuvent inclure des événements internationaux, nationaux et provinciaux.

Un EPP n'est pas requis pour les athlètes de groupe d'âge.

Le but de l'évaluation de pré-participation (EPP) est de dépister les blessures ou les conditions médicales qui peuvent mettre l'athlète en danger d'une participation sécuritaire à la compétition de triathlon. Les athlètes peuvent être affectés par des conditions qui n'ont pas de symptômes manifestes et qui ne peuvent être détectés que par des évaluations périodiques de la santé.

À la fin de l'EPP, vous êtes appelé à certifier que l'athlète est soit :

1. Entièrement habilité(e) à concourir et à participer au triathlon
2. Conditionnel: habilité(e) à concourir et à participer au triathlon cette année, avec un suivi non-urgent requis
3. N'est pas habilité(e) à concourir et à participer au triathlon;

Un(e) athlète identifié(e) comme étant « **Conditionnel: habilité(e) pour participer au triathlon cette année, avec un suivi non urgent requis** » sera autorisé à participer au triathlon cette année, mais devra être déclaré « Entièrement habilité(e) » l'année suivante.

Un(e) athlète identifié(e) comme n'étant « **pas habilité(e) à concourir et à participer au triathlon** » ne sera pas autorisé(e) à participer à des activités organisées de triathlon au niveau international, national ou provincial jusqu'à ce qu'il ou elle reçoive une autorisation médicale.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec Lauren de Triathlon Canada ([lauren.nutt@triathloncanada.com](mailto:lauren.nutt@triathloncanada.com))

Les questions suivantes sont requis pour 2024 :

<b>COORDONÉES D'ATHLÈTE</b> .....	<b>2</b>
<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNEL ET FAMILIAUX</b> .....	<b>3</b>
<b>SANTÉ CARDIAQUE</b> .....	<b>4</b>
<b>EXAMEN DE LA SANTÉ DU CŒUR</b> .....	<b>5</b>
<b>EXAMEN PHYSIQUE</b> .....	<b>5</b>
<b>EXAMEN DE SANTÉ CARDIAQUE: ECG À 12 DÉRIVATIONS</b> .....	<b>6</b>
<b>AUTRES CONDITIONS MÉDICALES</b> .....	<b>7</b>
<b>RESPIRATION</b> .....	<b>7</b>
<b>MALADIE</b> .....	<b>7</b>
<b>ALLERGIES</b> .....	<b>8</b>
<b>COORDONNÉES</b> .....	<b>8</b>
<b>ANNEXE A : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES POUR LE SYNDROME DE MARFAN</b> .....	<b>10</b>

## COORDONÉES D'ATHLÈTE

<b>NOM DE L'ATHLÈTE</b> (prénom, nom)	
<b>DATE DE NAISSANCE</b> (jj-mm-aaaa)	
<b>SEXE</b> (H/F)	
<b>Adresse courriel</b>	

## ANTÉCÉDENTS PERSONNEL et FAMILIAUX

Votre participation au sport ou à l'activité physique a-t-elle été découragée ou empêchée par un médecin pour des raisons médicales (p.ex. : un examen médical de pré-participation échoué)?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		

Les membres de votre famille ont-ils des antécédents de maladies suivantes (chez les hommes de moins de 55 ans ou chez les femmes de moins de 65 ans):

Mort subite sans raison apparente (p.ex. : noyade, accident de voiture inexpliqué ou syndrome de mort subite du nourrisson)?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Antécédents familiaux d'autres problèmes cardiaques, y compris le rythme cardiaque irrégulier (arythmie), hypertrophie du cœur, cardiomyopathie, chirurgie cardiaque, médicaments pour le cœur, stimulateur cardiaque ou défibrillateur?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Des antécédents familiaux d'hypertension, de cholestérol élevé ou d'évanouissement?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Antécédents familiaux de syndrome de Marfan? <i>Veuillez consulter l'annexe A pour plus de détails sur le syndrome de Marfan.</i>	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Antécédents familiaux d'accidents vasculaires cérébraux ou de convulsions?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		

Avez-vous pris des médicaments d'ordonnance au cours des 6 derniers mois?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Avez-vous pris des suppléments sans ordonnance au cours des 6 derniers mois?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		

## SANTÉ CARDIAQUE

Douleur thoracique, inconfort, serrement, et / ou pression pendant l'exercice ou après l'exercice?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Évanouissement non-expliqué, quasi évanouissement ou perte de conscience pour aucune raison apparente durant ou après l'exercice?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Un essoufflement excessif ou inexplicable, un étourdissement ou une fatigue qui est disproportionnée par rapport au degré d'effort physique?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Êtes-vous plus fatigué ou vous essoufflez-vous plus rapidement que vos amis pendant l'exercice?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Votre cœur bat-il très rapidement, ou saute-t-il (battements du cœur irréguliers) à tout moment, y compris pendant l'exercice?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Avez-vous déjà reçu un diagnostic de souffle cardiaque, d'hypertension artérielle, de cholestérol élevé, d'infection cardiaque, d'inflammation cardiaque, de fièvre rhumatismale, de problèmes de valve cardiaque ou de toute autre maladie cardiaque?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		

Avez-vous déjà eu des convulsions inexplicables?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		

## EXAMEN DE LA SANTÉ DU CŒUR

### EXAMEN PHYSIQUE

Aspects musculo-squelettiques et oculaires suggérant le syndrome de Marfan? <i>Veuillez consulter l'annexe A pour plus de détails sur le syndrome de Marfan.</i>	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Pulsions cardiaques fémorales ou radiales diminuées et retardées?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Déclics mi-systolique ou fin-systolique?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Des bruits cardiaques anormaux?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Des souffles cardiaques (systolique et diastolique)?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Rythme cardiaque irrégulier?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Hypertension artérielle bilatérale élevée?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		

**EXAMEN DE SANTÉ CARDIAQUE: ECG à 12 dérivations**

L'ECG à 12 dérivations doit être enregistré une journée où il n'y a pas d'entraînement, pendant le repos, selon les meilleures pratiques cliniques.

**AVIS IMPORTANTE :** Un athlète qui présentant aucun risque dans le questionnaire et l'examen de santé cardiaque peut être identifié comme «conditionnel» en attendant les résultats de l'ECG. Cela permettra une participation conditionnelle si les conflits de calendrier se produisent.

Y avait-il des anomalies enregistrées à l'ECG?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
<b>CONDITIONNEL :</b> indiquer la date prévue du rendez-vous de laboratoire		

**AUTRES CONDITIONS MÉDICALES**

**RESPIRATION**

Avez-vous fait un test de dépistage et été diagnostiqué avec l'asthme?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Souffrez-vous de symptômes de problèmes respiratoires, y compris la respiration sifflante, la toux, l'écoulement postnasal, le rhume des foins ou une maladie grippale répétée?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Avez-vous déjà souffert de bronchite, de pneumonie, de tuberculose, de fibrose kystique ou de tout autre problème respiratoire?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		

**MALADIE**

Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu une grippe ou des symptômes ressemblant à des maladies virales (p.ex. : écoulement nasal, congestion thoracique, maux de tête, douleurs généralisées ou douleurs musculaires)?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		
Avez-vous déjà souffert de symptômes de troubles sanguins tels que des réserves faibles de fer, de l'anémie, des problèmes liés à l'anémie falciforme, des saignements anormaux, des troubles de la coagulation, des caillots sanguins ou d'autres maladies sanguines?	NON	
	OUI	

SI OUI, veuillez fournir des détails		
Avez-vous déjà souffert de symptômes de maladies du système nerveux, y compris des antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire (AIT), de maux de tête fréquents, de vertiges, de pertes de conscience, d'épilepsie, de dépression, de crises d'anxiété, de faiblesse musculaire, de crampes musculaires ou une fatigue chronique?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		

**ALLERGIES**

Avez-vous déjà souffert de symptômes d'allergies, y compris les allergies au pollen, aux aliments, aux médicaments, à tout matériel végétal ou tout autre matériel animal?	NON	
	OUI	
SI OUI, veuillez fournir des détails		

**COORDONNÉES**

**MÉDECIN**

NOM EN  
LETTRES  
MOULÉES

N° DE LICENSE

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

ADRESSE  
COMPLÈTE  
Appartement ou  
suite  
Adresse et rue Ville  
Province/Territoire  
Code postal  
Téléphone bureau


Au meilleur de ma connaissance et selon mon opinion professionnelle, je déclare l'athlète soussigné(e) être:

<b>STATUT</b>	<b>INITIALES</b>
Entièrement habilité(e) à concourir et à participer au triathlon	
Conditionnel : habilité(e) à concourir et à participer au triathlon cette année, avec un suivi non-urgent requis	
Non habilité(e) à concourir et à participer au triathlon	

**ATHLÈTE**

NOM EN LETTRES MOULÉES

\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
Date

Si l'athlète est âgé(e) de moins de 18 ans, un parent ou un tuteur doit également signer ce formulaire.

**PARENT OU TUTEUR**

NOM EN LETTRES MOULÉES

\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
Date



**ANNEXE A**

**Critères diagnostiques pour le syndrome de Marfan**

Adapté des critères de Gand (Ghent)

*(De Paepe A et al., Am J Med Genet. 1996 Apr 24; 62(4):417-26)*

---

**Squelettiques**

Au moins 4 signes majeurs (pour une atteinte squelettique majeure), ou 2 signes majeurs ou 1 signe majeur + 2 mineurs

**Majeurs**

- pectus carinatum
- pectus excavatum nécessitant chirurgie
- rapport segment supérieur sur segment inférieur bas ou envergure sur taille > 1,05
- signe du poignet ou du pouce
- scoliose > 20° ou spondylolisthésis
- extension maximale des coudes < 170° (flessum)
- pied plat
- protrusion acétabulaire

**Mineurs**

- pectus excavatum modéré
  - hyperlaxité ligamentaire
  - palais ogival avec chevauchement des dents
  - Faciès caractéristique
- 

**Oculaires**

1 signe majeur ou 2 mineurs

**Majeur**

- ectopie cristalline

**Mineurs**

- cornée plate
  - globe oculaire allongé
  - iris hypoplasique ou hypoplasie du muscle ciliaire
- 

**Cardio-vasculaires** Au moins 1 signe **Majeur**

- dilatation de l'aorte ascendante intéressant les sinus de Valsalva

- dissection aortique

**Mineur**

- insuffisance aortique
  - prolapsus valvulaire mitral avec ou sans fuite
  - dilatation de l'artère pulmonaire avant l'âge de 40 ans
  - calcifications de l'anneau mitral avant l'âge de 40 ans
  - anévrisme ou dissection de l'aorte abdominale avant l'âge de 50 ans
- 

**Pulmonaires**

Au moins 1 signe

**Mineur**

- pneumothorax spontané
  - bulle apicale
- 

**Cutanés**

Au moins 1 signe

**Mineur**

- vergetures (à l'exclusion de : grossesse, perte de poids)
  - hernies récidivantes ou chirurgicales
- 

**Neurologiques**

Au moins 1 signe

**Majeur**

- ectasie de la dure-mère lombo-sacrée

**Mineur**

- méningocèle et/ou élargissement du fourreau dural
  - kystes radiculaires étagés
  - amincissement des pédicules
  - *scalloping*
  - disparition de la graisse périradiculaire
- 

**Histoire familiale / Génétique**

1 signe majeur

**Majeur**

- un parent direct ayant les critères diagnostiques
-

- mutation de FBN 1 déjà connue pour provoquer un syndrome de Marfan ou mutation TGF- $\beta$  R1 ou R2
- présence d'un marqueur génétique, proche du gène de la fibrilline de type I, se transmettant avec la maladie dans la famille

#### **Interprétation des critères diagnostiques**

- si histoire familiale : 1 critère majeur + 1 autre système atteint
- si absence d'histoire familiale : 1 critère majeur dans 2 systèmes + 1 autre système atteint  
ou mutation FBN1 + 1 critère majeur dans 1 système + 1 autre système atteint

*Remarque : les critères de Ghent révisés (Loeys BL et al., J Med Genet 2010; 47:476-485 doi:10.1136/jmg.2009.072785) sont accessibles en [anglais](#) sur Orphanet.*