



30 Juin –  
4 Juillet



VÄXJÖ  
SUÈDE



## Bulletin Médical

(A remplir seulement pour les participants transplantés, en CAPITALES D'IMPRIMERIE)

**A retourner avant le 16 Juin**

Monsieur

Madame

Mademoiselle

|   |              |
|---|--------------|
| NOM .....                               | Prénom ..... |
| Lieu et Date de naissance .....         |              |
| Adresse (Rue, code postal, Ville) ..... |              |
| (Pays) Nationalité .....                | Mail .....   |
| Tel. ....                               | Fax .....    |

### Déclaration du cardiologue de l'hôpital chargé du suivi du transplanté

Après examens et/ou test d'effort récent, je déclare que cette personne peut prendre part aux activités sportives pendant les 13<sup>èmes</sup> Jeux Européens des Transplantés du Cœur et de Poumons du 30 juin – 4 juillet autorise ce patient à participer aux épreuves suivantes : **(Rayer les épreuves non autorisées)**.

**Athlétisme:** 100m; 400m; 800m F ou 1500m H; saut en hauteur, saut en longueur; lancer de balle, lancer de poids.  
**Cross ou marche;** 4000m. **Natation:** 50m, 100m. **Cyclisme;** 20 km. **Badminton. Tennis. Tennis de Table. Golf. Volley ball. Pétanque.**

Je confirme l'exactitude des informations ci dessous :

Lieu / date ..... Signature du cardiologue / tampon .....

Agrafer

**Informations confidentielles réservées au Médecin des Jeux**

Agrafer

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>J'ai bénéficié d'une :</b>   | Greffe de cœur <input type="checkbox"/> | Greffe de poumon <input type="checkbox"/> | Greffe de cœur et poumon <input type="checkbox"/> |
| Date et année de la greffe : .....  |   |   |   |
| Nom de l'hôpital de la greffe : .....   |   |   |   |
| Téléphone de l'hôpital chargé du suivi : .....  |   |   |   |
| Nom et téléphone de votre médecin local : .....   |   |   |   |
| <b><u>Traitements médicaux actuels :</u></b>  |   |   |   |
| Ciclosporine :  | ..... mg/jour                           | Autres :                                  | .....   |
| Azathioprine :  | ..... mg/jour                           |   | .....   |
| Corticoides :   | ..... mg/jour                           |   | .....   |
| Ce patient est atteint d'autres maladies importantes dont notre équipe médicale doit avoir connaissance ? ..... |   |   |   |
| Si oui, lesquelles ? .....  |   |   |   |
| D'autres commentaires : .....   |   |   |   |