C E N T R E H O S P I T A L I E R D E L A C O T E B A S Q U E
64109 BAYONNE CEDEX – Tél 05.59.44.35.35 – Poste 676 69
Ligne directe 05 59 44 76 69
Portable 06 16 20 41 72
Fax 05 59 44 76 64
E-mail : medecine.du.sport@chicb.com
- CENTRE DE BIOLOGIE ET MEDECINE DU SPORT –

Dr J. P. MATHIEU
Praticien Hospitalier
Pneumologue
Médecin du Sport

Mme Caroline MONCHAUX
Physiologiste

Mme Bernadette GOYHENEX
Infirmière Diplômée d'Etat

Dr M.L. ANDRES
Médecin Assistante
Médecin du Sport

Mlle Estelle CHEDHOMME
Psychologue

Mme Céline MOUNEYRES
Diététicienne

INFORMATIONS AUX SPORTIFS AVANT LA REALISATION D'UNE EXPLORATION D'EFFORT MAXIMALE AVEC MESURE DES ECHANGES DE GAZ

Objectif du test proposé :
L'évaluation de votre aptitude aérobie, qui permettra de mesurer une performance et de cibler des zones d'entraînement.
Ce test est différent d'une épreuve d'effort cardiologique classique qui est avant tout orientée vers l'adaptation cardiovasculaire à l'effort, et ne prennent pas en compte la composante respiratoire, à savoir le VO2. Les volumes d'O2 et de CO2, inspirés et expirés, sont recueillis à l'aide d'un masque, et vont permettre d'analyser l'adaptation respiratoire du sportif par rapport à l'intensité de l'effort demandé.

Les risques liés à la réalisation d'un test maximal :
La salle d'épreuve d'effort comporte un personnel compétent et un matériel de réanimation adapté en cas de complication. Les risques sont peu fréquents (troubles du rythme cardiaque, malaise, complications articulaires ou musculaires, chute lorsque le test se déroule sur tapis) et les complications graves très exceptionnelles (infarctus, arrêt cardiaque, décès), d'autant plus que l'épreuve d'effort ne fait que reproduire les efforts fournis lors de la pratique du sport habituel.
Cependant devant toute symptomatologie (douleur thoracique, sensation de malaise, dyspnée...), il convient d'en informer immédiatement l'équipe afin d'arrêter l'épreuve.

En cas de problème sérieux, nous serions alors amenés à vous hospitaliser afin de vous surveiller et de vous donner un traitement adapté.

C E N T R E H O S P I T A L I E R D E L A C O T E B A S Q U E
64109 BAYONNE CEDEX – Tél 05.59.44.35.35 – Poste 676 69
Ligne directe 05 59 44 76 69
Portable 06 16 20 41 72
Fax 05 59 44 76 64
E-mail : medecine.du.sport@chicb.com
- CENTRE DE BIOLOGIE ET MEDECINE DU SPORT –

L'épreuve d'effort en pratique :

Lieu : Service de médecine du sport ; Centre Hospitalier de la Côte Basque, 13 avenue de l'interne Jacques Loëb, 64 109 Bayonne.

Pour effectuer un test facilement interprétable, éviter les entraînements ou sollicitations trop poussés les trois jours qui précèdent le test.
Prévoir une tenue de sport adaptée pour l'épreuve d'effort ainsi qu'une serviette pour se sécher après l'effort.
Ne pas venir a jeun, bien s'hydrater au préalable.
Ne pas fumer au moins 2 heures avant et après l'épreuve d'effort.

Si un bilan cardio-vasculaire a été prescrit au préalable, pensez à l'apporter le jour de l'examen.

Le test se déroule soit sur tapis roulant soit sur cyclo-ergomètre (vélo):
Après une période de repos, vous pédalerez ou marcherez lentement pendant 2 minutes contre faible résistance, puis la difficulté du pédalage (ou la vitesse et la pente sur tapis) augmentera progressivement jusqu'à ce que vous atteigniez votre puissance maximale de travail.
Le médecin jugera s'il doit arrêter le test avant en fonction de ce qu'il recherche.
La durée moyenne de l'effort est d'environ 10 à 20 minutes mais l'examen dans son ensemble nécessite une disponibilité d'au moins une heure.
Pendant l'examen, une surveillance permanente est effectuée; elle concerne:
- votre électrocardiogramme
- votre pression artérielle
- votre ventilation grâce à un masque ou un embout buccal
- votre essoufflement et la fatigue de vos membres inférieurs
- votre saturation en oxygène au niveau capillaire (capteur sur un doigt) selon les cas

Tarification de l'examen: 100 €, non remboursé par la caisse d'assurance maladie dans le cadre d'un bilan médico-sportif.
En cas de retard ou d'annulation, vous êtes priés de prévenir au plus tôt car le médecin a réservé un créneau d'une heure pour le bon déroulement du test d'effort.

C E N T R E H O S P I T A L I E R D E L A C O T E B A S Q U E
64109 BAYONNE CEDEX – Tél 05.59.44.35.35 – Poste 676 69
Ligne directe 05 59 44 76 69
Portable 06 16 20 41 72
Fax 05 59 44 76 64
E-mail : medecine.du.sport@chicb.com
- CENTRE DE BIOLOGIE ET MEDECINE DU SPORT –

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES SPORTIFS EN VUE DE LA REALISATION D'UNE EXPLORATION D'EFFORT MAXIMALE AVEC MESURE DES ECHANGES DE GAZ

Avez-vous déjà été opéré ? ☐ oui ☐ non
(Préciser)

Avez-vous déjà été hospitalisé pour :
- traumatisme crânien ? ☐ oui ☐ non
- perte de connaissance ? ☐ oui ☐ non
- épilepsie ? ☐ oui ☐ non
- crise de tétanie ou spasmophilie ☐ oui ☐ non

Avez-vous connaissance dans votre famille des évènements suivants :
- accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans ☐ oui ☐ non
- mort subite avant 50 ans ☐ oui ☐ non

Avez-vous dans votre famille, des personnes atteintes de :
- diabète ☐ oui ☐ non
- hypertension artérielle ☐ oui ☐ non
- cholestérol ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :
- malaise ou perte de connaissance ☐ oui ☐ non
- douleur thoracique ☐ oui ☐ non
- palpitations (cœur irrégulier) ☐ oui ☐ non
- fatigue ou essoufflement inhabituel, disproportionné ☐ oui ☐ non

C E N T R E H O S P I T A L I E R D E L A C O T E B A S Q U E
64109 BAYONNE CEDEX – Tél 05.59.44.35.35 – Poste 676 69
Ligne directe 05 59 44 76 69
Portable 06 16 20 41 72
Fax 05 59 44 76 64
E-mail : medecine.du.sport@chicb.com
- CENTRE DE BIOLOGIE ET MEDECINE DU SPORT –

Avez-vous :

- une maladie cardiaque (infarctus, angine de poitrine) ☐ oui ☐ non
- une maladie des vaisseaux ☐ oui ☐ non
- été opéré du cœur ou des vaisseaux ☐ oui ☐ non
- un souffle cardiaque ou un trouble du rythme ☐ oui ☐ non
- un diabète ☐ oui ☐ non
- un cholestérol élevé ☐ oui ☐ non
- une HTA ☐ oui ☐ non

Fumez-vous ? ☐ oui ☐ non Avez-vous déjà fumé ? ☐ oui ☐ non
Si oui, préciser le nombre d'année et la quantité de cigarettes fumées par jour

Consommez-vous de l'alcool :
☐ jamais ☐ occasionnellement ☐ régulièrement

Avez-vous déjà eu : (si oui, préciser la date)

- un électrocardiogramme ☐ oui ☐ non
- une échographie cardiaque ☐ oui ☐ non
- une épreuve d'effort ☐ oui ☐ non

Avez-vous une infection sérieuse le mois précédent ? ☐ oui ☐ non
Avez-vous des troubles de la coagulation ? ☐ oui ☐ non
Avez-vous des allergies (médicamenteuse, respiratoire, cutanée…) ☐ oui ☐ non
((si oui, préciser)
Avez-une maladie non citée précédemment ? ☐ oui ☐ non
(si oui préciser)
Avez-vous un traitement médicamenteux ? ☐ oui ☐ non
(si oui, préciser)

C E N T R E H O S P I T A L I E R D E L A C O T E B A S Q U E
64109 BAYONNE CEDEX – Tél 05.59.44.35.35 – Poste 676 69
Ligne directe 05 59 44 76 69
Portable 06 16 20 41 72
Fax 05 59 44 76 64
E-mail : medecine.du.sport@chicb.com
- CENTRE DE BIOLOGIE ET MEDECINE DU SPORT –

CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LA REALISATION D'UNE EXPLORATION D'EFFORT MAXIMALE AVEC MESURE DES ECHANGES DE GAZ

Concerne M

Le Docteur Marie-Laure ANDRES m'a donné des informations précises sur l'intérêt de réaliser une épreuve d'effort maximale avec mesure des échanges de gaz.
Elle m'a expliqué de façon simple et intelligible le déroulement de cet examen.
Elle m'a clairement indiqué le but de l'examen, l'inconfort possible qu'il est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et les complications potentiels, non seulement au cours de l'effort mais aussi au décours.
J'ai eu la possibilité de poser des questions et les réponses ont été complètes et satisfaisantes.

(rayer la mention inutile) :
ü Je donne mon consentement
ü Je ne donne pas mon consentement
Pour que soit réalisé l'examen prévu dans les conditions ci-dessus

Fait à Bayonne, le
Signature de X ou du tuteur légal :