

QUESTIONNAIRE MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

NOM :	Discipline pratiquée :
Prénom :	Club :
Date de naissance :	Profession :
Téléphone :	<i>Médecin traitant :</i>
Email :	<i>Kiné :</i>

1) VIE SPORTIVE

- Nombres d'heures par semaine :
 - Spécifique :
 - Général :
- Niveau de classement dans la discipline pratiquée :
- Etes-vous sportif de haut niveau ? Oui Non
- Objectifs sportifs :
- Autres sports pratiqués :

2) ANTECEDENTS FAMILIAUX (grands parents, parents, fratrie)

- Maladie cardiaque * : Oui Non
(*Infarctus, palpitations, souffle cardiaque)
- Maladie vasculaire ** : Oui Non
(**Artérite, varices, hypertension artérielle)
- Mort subite avant 50 ans : Oui Non
(Y compris la mort subite du nourrisson)
- Autre: Oui Non

3) ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS

- Maladie cardiaque * : Oui Non
- Maladie vasculaire ** : Oui Non
- Hypertension artérielle : Oui Non
- Diabète : Oui Non
- Cholestérol élevé : Oui Non
- Problèmes de coagulation du sang : Oui Non
- Maladie des reins, de la vessie : Oui Non
- Albumine dans les urines : Oui Non
- Maladie de l'estomac : Oui Non
- Maladie du foie, jaunisse : Oui Non
- Maladie de l'intestin, constipation, diarrhée : Oui Non
- Epilepsie : Oui Non
- Méningite, encéphalite : Oui Non
- Paralyse : Oui Non
- Problèmes de dos, scoliose, cyphose : Oui Non
- Maladie inflammatoire : Oui Non
- Problème dentaire : Oui Non

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------|
| - <u>Problèmes visuels</u> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Correction : |
| - <u>Problèmes auditifs</u> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Correction : |
| - Infections ORL fréquentes : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| - <u>Asthme</u> , rhume des foins : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| - <u>Variations importantes du poids</u> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Précisez : |
| - Avez vous déjà effectué une sérologie HIV ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |

4) BLESSURES / ACCIDENTS / OPERATIONS

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - <u>Traumatisme crânien</u> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avec <u>perte de connaissance</u> associée : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Fractures ou fracture de fatigue : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Entorses, luxations : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Problèmes musculaires :
(élongation, déchirure) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Problème tendineux :
(tendinite, rupture) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Interventions chirurgicales : | | |
| - Appendicite : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Hernies : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Phimosis : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Amygdales, végétations : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Dents de sagesse : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Cœur, vaisseaux : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Autre : | | |

5) ALLERGIES

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - <u>Avez-vous des allergies</u> : | | |
| - <i>Médicamenteuses</i> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - <i>Alimentaires</i> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - <i>Respiratoires</i> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - <i>Cutanées</i> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

6) SYMPTOMES RESSENTIS PENDANT /APRES L'EFFORT

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - <u>Malaise</u> ou <u>perte de connaissance</u> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - <u>Palpitations</u> (cœur irrégulier) : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - <u>Douleurs dans la poitrine</u> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - <u>Essoufflement, toux, sifflement</u> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - <u>Fatigue inhabituelle</u> : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

7) TRAITEMENTS

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Prenez-vous des traitements pour : | | |
| - l'asthme : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - les allergies : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - autre : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Etes-vous bénéficiaires d'une AUT ?: | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

8) HABITUS

- Fumez-vous ? : Oui Non
Nombre de cigarettes par jour ? Depuis combien de temps ?
- Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non
- Suivez-vous un régime alimentaire : Oui Non
- Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? Oui Non
- Hydratation quotidienne (précisez la quantité/j) :
- Pratiquez-vous toujours un échauffement ? Oui Non
Précisez la durée :
- Pratiquez-vous des étirements ? Oui Non

9) VACCINATIONS

Dates des dernières vaccinations :

- Tétanos : - Tuberculose : - ROR :
- Hépatite B : - Gardasil (femmes) : - Autre :

10) EXAMENS REALISES

Avez vous déjà eu :

- un électrocardiogramme : Oui Non
- une échographie cardiaque : Oui Non
- un test d'effort : Oui Non
- un bilan biologique sanguin : Oui Non

11) RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES POUR LES FEMMES

- A quel âge avez-vous été réglée ? Oui Non
- Avez-vous des cycles réguliers (28 jours) ? Oui Non
- Utilisez-vous un moyen de contraception ? Oui Non
Pilule Stérilet Préservatif Autre
- Nombre de grossesses ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes gynécologiques ? Oui Non
- Y a-t-il des antécédents familiaux d'ostéoporose ? Oui Non

Je certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus.

Questionnaire rempli le _____, à _____

Signature du sportif :

Signature des parents (si enfant mineur) :