

# ATTESTATION DE NON CONTRE-INDICATION SPORTIVE

## QUESTIONNAIRE

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sport(s): \_\_\_\_\_

Sexe assigné à la naissance (F, M, ou intersex): \_\_\_\_\_

A quel genre vous identifiez-vous (F, M, non-binaire, autre,...): \_\_\_\_\_

*Ce questionnaire a pour objectif de mieux comprendre votre situation. Merci de répondre le plus sincèrement possible. Vos réponses seront traitées de manière confidentielle*

Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu des problèmes de santé importants ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été opéré(e) ? \_\_\_\_\_

Médicaments ou compléments alimentaires actuellement pris :? \_\_\_\_\_

Allergies (médicaments, aliments, pollen, insectes, etc.) ? \_\_\_\_\_

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants :  
(Entourez la réponse.) (p149)

	Jamais	Certains jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
- Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se), anxieux(se) ou tendu(e) ?	0	1	2	3
- Avez-vous eu du mal à arrêter ou à contrôler vos inquiétudes ?	0	1	2	3
- Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?	0	1	2	3
- Vous êtes-vous senti(e) triste, déprimé(e) ou sans espoir ?	0	1	2	3

QUESTIONS GENERALES (p89)		Oui	Non
1. Avez-vous des préoccupations concernant votre santé dont vous souhaitez discuter avec votre médecin ?			
2. Un professionnel de santé vous a-t-il déjà interdit ou limité la pratique d'un sport ?			
3. Avez-vous actuellement un problème médical ou une maladie récente ?			
AU SUJET DU COEUR : VOUS CONCERNANT (p56)		Oui	Non
4. Avez-vous déjà perdu connaissance ou failli perdre connaissance pendant ou après un effort ?			
5. Avez-vous déjà ressenti une douleur, une oppression ou une gêne dans la poitrine pendant l'effort ?			
6. Votre cœur bat-il parfois très vite, de manière irrégulière ou saute-t-il des battements pendant l'effort ?			
7. Un médecin vous a-t-il déjà diagnostiqué un problème cardiaque ?			
8. Un médecin vous a-t-il déjà demandé un examen du cœur (ECG, échographie cardiaque...) ?			

AU SUJET DU COEUR : VOUS CONCERNANT (suite)			Oui	Non
9. Vous sentez-vous plus essoufflé ou étourdi que vos amis lors d'un effort physique ?				
10. Avez-vous déjà fait une crise convulsive (épilepsie) ?				
AU SUJET DU COEUR : DANS VOTRE FAMILLE		Inconnu	Oui	Non
11. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'un problème cardiaque avant 35 ans ?				
12. Un membre de votre famille a-t-il une maladie cardiaque génétique ? Cardiomyopathie hypertrophique (CMH), syndrome de Marfan, cardiomyopathie ventriculaire droite arythmogène (CVDA), syndrome du QT long (SQTL), syndrome du QT court (SQTC), syndrome de Brugada, ou tachycardie ventriculaire polymorphe catécholaminergique (TVPC)				
13. Quelqu'un dans votre famille a-t-il eu un pacemaker ou un défibrillateur avant 35 ans ?				

OS, MUSCLES ET ARTICULATIONS (p131)		Oui	Non
14. Avez-vous déjà eu une fracture de fatigue ou une blessure (os, muscle, ligament, articulation) qui vous a empêché de faire du sport ?			
15. Avez-vous actuellement une blessure ou une douleur qui vous gêne ?			
QUESTIONS GENERALES : COMPLEMENT		Oui	Non
16. Toussez-vous, sifflez-vous ou avez-vous du mal à respirer pendant ou après l'effort ? (p111)			
17. Vous manque-t-il un organe (rein, rate, œil, testicule, etc.) ? (p97)			
18. Avez-vous une douleur testiculaire ou une hernie dans l'aîne ? (p117)			
19. Avez-vous des éruptions cutanées récurrentes ? (p124)			
20. Avez-vous déjà eu une commotion cérébrale ou un traumatisme crânien avec confusion ou troubles de mémoire ? (p72)			
21. Avez-vous déjà ressenti des engourdissements, picotements ou faiblesse dans les bras ou les jambes après un choc ?			
22. Êtes-vous déjà tombé malade à cause de la chaleur pendant un effort ? (p98)			
23. Vous ou un membre de votre famille avez-vous une drépanocytose ? (p102)		Inconnu	
24. Avez-vous des problèmes de vue ?			

POIDS ET ALIMENTATION (p164)		Oui	Non
25. Êtes-vous préoccupé(e) par votre poids ?			
26. Essayez-vous de prendre ou perdre du poids ?			
27. Avez-vous déjà souffert d'un trouble du comportement alimentaire ?			
28. Suivez-vous un régime particulier ?			
AU SUJET DE VOS MENSTRUATIONS (p167)		N/A	Oui Non
29. Avez-vous déjà eu vos règles ?			
30. Âge des premières règles :			
31. Date des dernières règles			
32. Nombre de cycles au cours des 12 derniers mois :			

**Si vous avez répondu OUI à une question, merci de préciser:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Je déclare que les informations fournies dans ce questionnaire sont complètes et exactes.

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_