

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 ?			

