

# Questionnaire de santé

## Données personnelles

Nom:	Prénom:
Adresse:	
Téléphone:	Natel:
Date de naissance:	Courriel:

## Questions sur votre activité physique

Faites-vous régulièrement du sport?

Pas encore ☐ 1x par semaine ☐ 2-3x par semaine ☐ Plus de 3x par semaine ☐

Si oui, depuis combien d'années? \_\_\_\_\_

Quel sport ou quelles activités physiques? \_\_\_\_\_

Quels sont vos objectifs sportifs? \_\_\_\_\_

Prenez-vous le temps de faire de l'exercice? Combien de fois par semaine ? \_\_\_\_\_

## Questionnaire de santé

(Selon les recommandations de la Société Suisse de Médecine du Sport)

	Oui	Non
Un médecin vous a-t-il averti que vous pourriez avoir « quelque chose au cœur » et conseillé de ne faire du sport ou de l'exercice que sous contrôle médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque vous faites des efforts physiques, avez-vous des douleurs dans la cage thoracique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des douleurs dans la poitrine le mois dernier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà perdu connaissance une ou plusieurs fois, ou avez-vous chuté une ou plusieurs fois à la suite de vertiges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes d'os ou d'articulations qui pourraient s'aggraver à la suite d'une activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un médecin vous a-t-il prescrit une fois ou l'autre un médicament pour hypertension ou pour une affection cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes au niveau des voies respiratoires? (p. ex. asthme, bronchite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de dos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous, d'après votre propre expérience ou d'après votre médecin, une autre raison qui pourrait vous interdire de faire du sport en l'absence de contrôle médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, veuillez consulter un médecin du sport avant d'augmenter votre activité sportive.

Si vous prenez régulièrement des médicaments, si vous souffrez de troubles métaboliques ou êtes actuellement au régime, demandez à votre médecin s'il vous autorise à faire du sport.

## Facteurs de risque

	Oui	Non
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes cardio-vasculaires, troubles cardiaques, hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indice de masse corporelle (IMC ou kg/m <sup>2</sup> ) supérieur à 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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