

## Premier questionnaire médico-sportif

(Veuillez svp remplir le formulaire en lettres majuscules)

Nom, prénom:	Date de naissance:
Rue:	Profession:
NPA/Lieu:	Tél. privé:
	Tél. prof.:

Sport et discipline sportive:
Sélection:
Fédération:
Cat. Swiss Olympic Card :

Caisse maladie (avec adresse) :
Assurance accidents (avec adresse):
Médecin privé (avec adresse):
Médecin de la fédération (avec adresse):

### Déclaration d'accord:

Je déclare être d'accord de me soumettre à un examen médico-sportif et à ce que les informations concernant mes problèmes de santé soient enregistrées. Les données enregistrées ne peuvent être utilisées qu'à des fins strictement scientifiques. Dans ce cas, les données doivent être modifiées de façon à ce qu'aucun lien ne puisse être établi entre elles et ma personne. L'utilisation de mes données personnelles est réservée au médecin de la fédération ou au médecin sportif traitant ainsi qu'au personnel médical des Swiss Olympic Medical Centers. Toute information utile pour la planification de l'entraînement ou des compétitions ne pourra être transmise à mon entraîneur de fédération ou de club ou à des tiers qu'avec mon consentement écrit. Il en va de même pour tout renseignement me concernant qui serait destiné à d'autres groupes d'utilisateurs.

La signature du représentant légal est exigée pour les mineurs.

### Lieu et date:

**Signature de l'athlète<sup>1</sup> ou de son représentant légal:**.....

<sup>1</sup> Tous les termes sont utilisés en faisant abstraction du sexe.

Veillez cocher les cases qui vous concernent et compléter le cas échéant:

## 1. Famille

a. Est-ce qu'un membre de votre famille (proche parenté) souffre ou a souffert des maladies suivantes:

- |  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> asthme            |
| <input type="checkbox"/> maladie pulmonaire      |                                  | <input type="checkbox"/> cancer            |
| <input type="checkbox"/> rhumatisme              |                                  | <input type="checkbox"/> maladie psychique |
| <input type="checkbox"/> autres maladies         |                                  |  |

Si oui, veuillez préciser:

b. Vos parents et vos frères et sœurs sont-ils en bonne santé?  oui  non

Si ce n'est pas le cas, de quoi souffrent-ils/elles?

---

## 2. Évaluation des risques sur le plan cardio-vasculaire

a. Est-ce que le dernier contrôle médical (avec mesure de la pression sanguine) que vous avez effectué date de plus de deux ans?  oui  non

b. Avez-vous passé un électrocardiogramme au cours des ces deux dernières années?  oui  non

c. Vos parents/votre médecin de famille vous ont-ils déjà parlé d'un problème de cœur (souffle, malformation)?  oui  non

d. Avez-vous ressenti des douleurs dans la poitrine ou avez-vous été inconscient au cours de ces deux dernières années?  oui  non

e. Est-ce qu'un membre de votre famille est décédé de manière inattendue avant 50 ans?  oui  non

f. A-t-on diagnostiqué dans votre famille un cœur plus grand que la normale ou le syndrome de marfan (maladie des tissus conjonctifs)?  oui  non

g. Prenez-vous ou avez-vous pris des drogues (p. ex. de la cocaïne) ou des médicaments destinés à améliorer vos performances (p.ex. des stéroïdes anabolisants)?  oui  non

h. Au cours de ces dernières années, est-ce qu'un médecin vous a déclaré inapte à la compétition?  oui  non

i. Est-ce que des membres de votre famille de moins de 65 ans souffrent d'une maladie cardio-vasculaire, d'angine de poitrine ou ont dû subir une intervention cardiaque?  oui  non

j. Fumez-vous, avez-vous un taux élevé de cholestérol, souffrez-vous d'hypertension artérielle ou de diabète?  oui  non

k. Au repos ou lors d'efforts, souffrez-vous de toux ou éprouvez-vous de la difficulté à respirer, des sensations de pression ou de pesanteur dans la poitrine ou dans l'estomac?

oui  non

Explications au cas où vous avez répondu à l'une des questions 2a - 2k par l'affirmative:

---

### 3. Votre propre personne

a. Avez-vous eu ou avez-vous actuellement des problèmes de santé ou avez-vous dû subir une intervention concernant:

oui	non		quoi	quand
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		coeur/système cardio-vasculaire	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		poumons	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		estomac/intestin	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		foie/jaunisse	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		reins / vessie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		peau	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		yeux	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		dents	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		cou/pharynx	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oreilles	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		sinus frontaux/maxillaires	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		système nerveux	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		épilepsie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		diabète	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		rhume des foies	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		allergie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		réaction à un médicament	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		asthme	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		vaccins (5 dernières années)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		autre	

b. Souffrez-vous encore de ces problèmes?

c. Ces problèmes sont actuellement

inchangés

améliorés

guéris

d. Avez-vous dû consulter un médecin à ce sujet?

oui  non

Si oui, nom et adresse du médecin:

e. Avez-vous eu ou avez-vous actuellement des blessures/problèmes/opérations concernant l'appareil locomoteur?

oui	non		droit	gauche	quoi	quand
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nuque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	coudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poignets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	genoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jambes/tibia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tendon				
		d'Achille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chevilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

f. Souffrez-vous encore de ces problèmes?

g. Ces problèmes sont actuellement

inchangés

améliorés

guéris

h. Avez-vous dû consulter un médecin à ce sujet?

oui  non

Si oui, nom et adresse du médecin:

i. Prenez-vous régulièrement des médicaments?

oui  non

Si oui, lesquels?

k. Disposez-vous d'un certificat médical pour des médicaments spéciaux ?

oui  non

Si oui, pour lesquels?

l. Disposez-vous d'une AUT (Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) ou d'une TUE (Therapeutic Use Exemption) ?

Si oui, pour lesquels?

m. Date du dernier contrôle dentiste?

>1 ans  <1 ans

#### 4. Sommeil

- a. Combien d'heures dormez-vous par nuit? heures
- b. Avez-vous de la peine à vous endormir ou à dormir?  oui  non
- c. Vous réveillez-vous reposé le matin?  oui  non
- 

#### 5. Poids, alimentation, compléments alimentaires, alcool, nicotine

- a. Votre poids est-il resté constant ces deux dernières années?  oui  non
- b. Avez-vous perdu ou pris intentionnellement du poids au cours de ces deux dernières années?  oui  non

Si oui, pourquoi?

- c. Vos parents/vos frères et soeurs ont-t-ils tendance à l'embonpoint?  oui  non

Si oui, indiquez leur taille et leur poids:

- d. Suivez-vous un régime?  oui  non

Si oui, lequel et pourquoi? Apportez évent. le plan d'alimentation.

- e. Êtes-vous végétarien?  oui  non

- f. Prenez-vous des compléments alimentaires (hydrates de carbone, protéines, etc.)?  oui  non

Si oui, lesquels, à quelles doses et à quels moments?

- g. Prenez-vous des suppléments (vitamines, magnésium, créatine, carnitine, etc.)?  oui  non

Si oui, lesquels, à quelles doses et à quels moments?

- h. Buvez-vous régulièrement de l'alcool?  oui  non

Si oui, quelle boisson, quelle quantité?

- i. Fumez-vous ou prenez vous du snus (tabac sous la lèvre supérieure)?  oui  non

Si oui, depuis combien de temps?

années

Nombre de cigarettes?

par jour

Combien de fois prenez-vous du snus?

par jour

## 6. Sport

a. Décrivez votre entraînement :

Type d'entraînement	Nombre d'heures par semaine	Nombre de séances par semaine	Remarques
spécifique			
autre			

b. Tenez-vous un journal d'entraînement?  oui  non

c. Comment dosez-vous l'intensité de l'entraînement (sur la base du pouls, de la mesure du taux de lactate, de sensations subjectives, autres)?

d. Périodisez-vous votre entraînement?  oui  non

Si oui, comment?

e. Comment a évolué votre courbe de performances ces deux dernières années?

ascendante  stable  en baisse  changeante

## 7. Récupération, psychologie

a. A quelle fréquence effectuez-vous des activités de récupération?

massage  sauna  
 bains  autre

b. Faites-vous régulièrement du stretching?  oui  non

c. Avez-vous déjà suivi un entraînement mental?  oui  non

Si oui, lequel?

## 8. Appréciation personnelle

Vous sentez-vous actuellement en forme et ne souffrez-vous d'aucun problème qui pourrait influencer de manière négative sur votre performance à l'entraînement ou en compétition?

oui  non

Si non, précisez:

