

Questionnaire pour les athlètes femmes

(Veuillez svp remplir le formulaire en lettres majuscules)

Nom, prénom:

Date de naissance:

Sport:

Discipline sportive:

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 femme et/ou de son responsable légal:

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

1. Comment sont vos règles?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> normales | <input type="checkbox"/> encore jamais eu de règles | <input type="checkbox"/> douloureuses |
| <input type="checkbox"/> très fortes | <input type="checkbox"/> se sont arrêtées | <input type="checkbox"/> saignements entre deux |
| <input type="checkbox"/> durent plus que 7 jours | | |

2. Combien de temps dure l'intervalle entre deux règles (du premier jour des règles au dernier jour avant le prochain cycle)?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> irrégulier | <input type="checkbox"/> 3 semaines | <input type="checkbox"/> 4 semaines |
| <input type="checkbox"/> 5 semaines | <input type="checkbox"/> 6 semaines | <input type="checkbox"/> > 6 semaines |

3. Quand avez-vous eu vos dernières règles?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> moins de 1 mois | <input type="checkbox"/> entre 1-2 mois | <input type="checkbox"/> entre 3-6 mois |
| <input type="checkbox"/> plus de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus que 1 an | |

4. A quel âge avez-vous eu vos premières règles (ménarqué)?

ans

5. Retardez-vous vos règles en vue d'une compétition importante?

Si oui, comment?

 oui non**6. Prenez-vous une pilule contraceptive ou une autre préparation hormonale?**

Si oui, laquelle?

 oui non**7. Etes-vous enceinte en ce moment?** oui non incertaine**8. Avez-vous déjà été enceinte?**

Si oui, combien de naissances, de fausses-couches, d'interruptions de grossesse?

 oui non**9. Quand avez-vous eu votre dernier contrôle gynécologique?****10. Avez-vous déjà eu des problèmes gynécologiques?**

Si oui, lesquels?

 oui non**11. Particularités?** oui non