

QUESTIONNAIRE MEDICAL PREALABLE A LA CONSULTATION DE MEDECINE DU SPORT

D'après le questionnaire de la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL : questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le sportif

Document à conserver par le médecin examinateur.

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	
Sport pratiqué :			
Profession :			
Compétition		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?			
Combien effectuez-vous d'heures d'activités physiques par jour ?			
Combien d'heures passez-vous en position assise par jour :			
<u>Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :</u>			
<u>Avez-vous déjà été opéré ?</u>		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Précisez :			
<u>Avez-vous déjà été hospitalisé</u>	- pour traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	- perte de connaissance	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	- épilepsie	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	- crise de tétanie ou spasmodophilie	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
<u>Avez-vous des troubles de la vue ?</u>		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Si oui, portez-vous des corrections :		<input type="checkbox"/> lunettes	<input type="checkbox"/> lentilles
<u>Avez-vous eu des troubles de l'audition :</u>		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
<u>Avez-vous eu des troubles de l'équilibre :</u>		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
<u>Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :</u>			
Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson)		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
<u>Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :</u>			
Malaise ou perte de connaissance		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Douleur thoracique		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Palpitations (cœur irrégulier)		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Fatigue ou essoufflement inhabituel		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
<u>Avez-vous :</u>			
Une maladie cardiaque		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Une maladie des vaisseaux		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Été opéré du cœur ou des vaisseaux		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Une hypertension artérielle		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Un diabète		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Un cholestérol élevé		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Suivez-vous un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres)		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Une infection sérieuse dans le mois précédent		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Avez-vous déjà eu :	- un électrocardiogramme	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	- un échocardiogramme	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	- une épreuve d'effort maximale	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation ?			
À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (le joindre si possible)			
Fumez-vous ?		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Si oui, combien par jour ?			
Depuis combien de temps ?			

Avez-vous - des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) non oui
- des allergies cutanées non oui
- des allergies à des médicaments non oui
Si oui, lesquels ?

Prenez-vous des traitements ?
- pour l'allergie ? (si oui, lesquels) non oui
- pour l'asthme ? (si oui, lesquels) non oui

Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites ? non oui

Vos dents sont-elles en bon état ? (si possible, joindre votre dernier bilan dentaire) non oui

Avez-vous déjà eu :
- des problèmes vertébraux : ? non oui
- une anomalie radiologique ? non oui

Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand)
- une luxation articulaire non oui
- une ou des fractures non oui
- une rupture tendineuse non oui
- des tendinites chroniques non oui
- des lésions musculaires non oui
- des entorses graves non oui

Prenez-vous des médicaments actuellement ?

Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement ?

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus (précisez) :

Avez-vous eu les vaccinations suivantes Tétanos-polio non oui
Hépatite non oui
Autres précisez

Avez-vous eu une sérologie HIV : non oui

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES :

À quel âge avez-vous été réglée ? non oui
Avez-vous un cycle régulier ? non oui
Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? non oui
Combien de grossesses avez-vous eu ?
Prenez-vous un traitement hormonal ? non oui
Prenez-vous une contraception orale ? non oui
Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ? non oui
Suivez-vous un régime alimentaire ? non oui
Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ? non oui
Dans votre famille, y a-t-il des cas d'ostéoporose ? non oui
Avez-vous une affection endocrinienne ? non oui
Si oui, laquelle ?

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Nom : _____ Date : / / _____ Signature : _____

Sauf opposition de votre part, les données médicales recueillies lors de votre consultation peuvent être utilisées de façon confidentielle (c'est-à-dire codées par un identifiant numérique et vos initiales), à des fins de recherches médicales.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès des médecins du service, en contactant le secrétariat de médecine du sport au 02.97.06.98.95. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique.