

# 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 spasmodie	<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 :			
<u>Avez-vous eu des troubles de l'audition :</u>		<input type="checkbox"/> lunettes	<input type="checkbox"/> lentilles
<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	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Hépatite	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Autres précisez	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

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.*