

Sports-Arts-Etudes dans la scolarité obligatoire

Questionnaire médico-sportif

*Ce questionnaire reste la propriété du médecin traitant.
Il ne doit pas être transmis avec la demande d'inscription.*

Partie 1 (à remplir par le patient et à remettre au médecin)

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: ___ / ___ / ___

Club: _____

1. Famille

Y a-t-il, dans votre famille, des maladies telles que:

 diabète infarctus cancer allergies autres _____**2. Vous-même**

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu des problèmes de santé (maladies, opérations, etc.) ?

 Non Oui _____

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes concernant l'appareil locomoteur (blessures, lésions de surcharge, opérations) ?

 Non Oui. Lesquels : _____

À quand remonte votre dernier contrôle dentaire ?

 12 mois plus de 12 mois

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

Non

Oui _____

3. Sport

- Rythme des entraînements par semaine (moyenne 8 dernières semaines):

_____ unités/semaine _____ heures/semaine

- Courbe de la performance des 2 dernières années:

ascendante stationnaire descendante

- Prenez-vous des compléments (médicaments ou autres) ?

Non

Oui. Lesquels : _____

4. Auto-évaluation

Vous sentez-vous actuellement en pleine possession de vos aptitudes physiques ? Aucun médicament ou autres n'influe-t-il sur vos performances lors des entraînements et compétitions ?

Oui

Non. Expliquez pourquoi: _____

5. Questions supplémentaires pour sportives

Menstruations/règles: sp

Prenez-vous la pilule: oui non

Partie 2 (à remplir par le médecin)

Taille: _____ Poids: _____ BMI: _____

1. Tête

sp constatations importantes

- | | | |
|-----------------|--------------------------|-------|
| Yeux | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sinus | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Dentition | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Gorge/Amygdales | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Oreilles/Tympan | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Thyroïde | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Autre | <input type="checkbox"/> | _____ |

2. Thorax

- | | | |
|--------------------|--------------------------|-------|
| Auscultation | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Battements du cœur | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Autre | <input type="checkbox"/> | _____ |

3. Cœur/Circulation

TA: ___ / ___ mmHG Puls: ___ /min

- | | | |
|--------------------|--------------------------|------------|
| Auscultation | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Battements du cœur | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Pouls périphérique | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Veines | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ECG | <input type="checkbox"/> | oui: _____ |

sp constatations importantes

4. Peau _____

5. Abdomen

Palpation _____

Foie _____

Rate _____

Reins _____

Hernies/Organes génitaux _____

6. Système nerveux

Réflexes _____

Sensibilité _____

Motricité _____

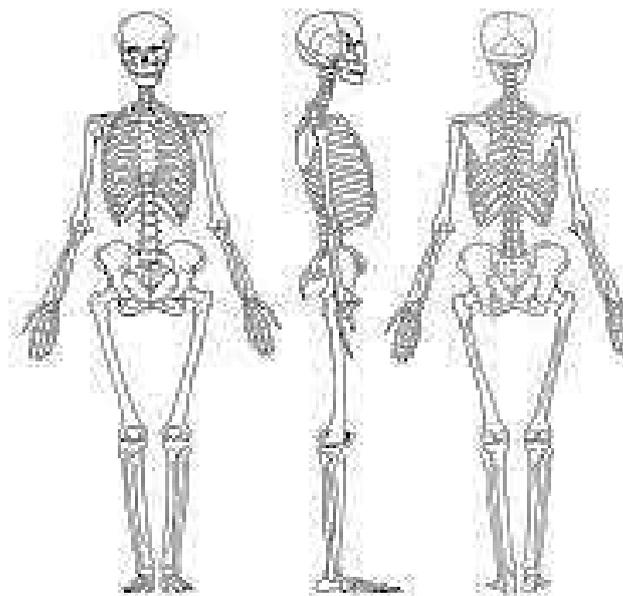
7. Ganglions _____

8. Colonne vertébrale/Tronc

sp constatations importantes

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------|
| Dos | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bassin | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Longueur de jambe | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Colonne scapulaire | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Coudes | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mains | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hanches | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Genoux | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Chevilles | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Pieds | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Etirement musculaire/
souplesse | <input type="checkbox"/> | _____ |

Marquer les constatations pathologiques:



9. Conclusions

Apte au sport sans réserve

Apte avec réserve

Inapte

Suggestions: _____

Date: _____

Signature: _____