

QUESTIONNAIRE MEDICO-SPORTIF

Merci de remplir ce questionnaire et nous le renvoyer au plus tard 3 jours avant votre test.

Nom: _____	Prénom: _____
Date de naissance: _____	Profession: _____
Rue: _____	NPA/Lieu: _____
E-mail: _____	Tél. Privé: _____
Tél. prof.: _____	Tél. Portable: _____
Date du test: _____	Heure du Test _____
Caisse maladie: _____	
Assurance accidents: _____	
Médecin privé: _____	

Sport/Discipline sportive: _____

Objectifs: _____

Déclaration d'accord à signer le jour du test:

Je déclare être d'accord de me soumettre à un test sportif et répondre de manière exacte à toutes les questions ci-dessous, ainsi qu'à celles qui me seront posées le jour du test.

Je déclare avoir été informé/e sur les objectifs et déroulement du test ainsi que des avantages et des risques éventuels qui y sont associés.

Je déclare avoir pu poser toutes les questions souhaitées.

Je déclare avoir pris connaissance et accepte, que selon les résultats de ce questionnaire, je devrai me soumettre à un examen médical plus approfondi, ceci afin de garantir ma sécurité lors du déroulement du test.

Lausanne, le: _____ Signature: _____

A remplir «On line» et nous retourner au plus tard 3 jours avant le test

A. ASPECT MÉDICAL

1. Votre état de santé général:

• Poids:	Taille:		
• Etes-vous fumeur?	Oui		Non
• Etes-vous enceinte?	Oui		Non
• Maladies (ces derniers 14 jours) Si Oui, laquelle? _____	Oui		Non
• Accidents et blessures Si Oui, lesquels? _____	Oui		Non
• Etes-vous actuellement sous traitement médical?	Oui		Non
• Souffrez-vous d'une maladie ci-dessous:			
a. Allergies	Oui		Non
b. Problèmes pulmonaires (Asthme, bronchite)	Oui		Non
c. Epilepsie	Oui		Non
d. Dépression nerveuse	Oui		Non
e. Vertiges	Oui		Non
f. Douleurs articulaires	Oui		Non
g. Autres: _____			

2. Maladies cardio-vasculaires

• Avez-vous déjà eu un problème cardiaque?		Oui	Non
• Y-a-t-il eu des antécédents, de problèmes cardiaques, dans votre famille (Infarctus, décès avant l'âge de 65 ans ou chirurgie cardiaque) Si oui, lesquels (type/lien de parenté/âge) _____		Oui	Non
• Ressentez-vous une gêne thoracique à l'effort?		Oui	Non
• Ressentez-vous des difficultés respiratoires à l'effort?		Oui	Non
• Connaissez-vous votre pression artérielle?	Basse	Normale	Haute
• Connaissez-vous votre taux de cholestérol	Normal	Elevé	Inconnu
• Souffrez-vous de diabète?		Oui	Non
• Comment évaluez-vous votre activité physique:	Faible	Moyenne	Bonne

3. Interventions/Opérations

• Avez-vous subi une ou des opérations durant les 18 derniers mois?		Oui	Non
Si oui laquelle ou lesquelles? _____			

HIRSLANDEN LAUSANNE

CLINIQUE BOIS-CERF
CENTRE ACTIF+
AVENUE D'OUCHY 31
CH-1006 LAUSANNE
T +41 21 619 62 70
F +41 21 619 62 73
ACTIFPLUS.BOISCERF@HIRSLANDEN.CH

WWW.HIRSLANDEN.CH