

Questionnaire médico-sportif courant

(Version : 1^{er} février 2015)

(Veuillez svp remplir le formulaire en lettres majuscules)

Prénom, Nom :	Date de naissance :
Rue :	Profession :
NPA/Lieu :	Tél. privé :
Email :	Tél. prof. :

Sport et discipline sportive :
Sélection :
Fédération :
Catég. Swiss Olympic Card :

Caisse maladie (avec adresse) :
Assurance accidents (avec adresse) :
Médecin privé (avec adresse) :
Médecin de la fédération (avec adresse) :

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'athlète¹

ou de son représentant légal :

¹ Pour faciliter la lecture, il a été décidé de renoncer à la forme du féminin dans la désignation des personnes.

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

1. Famille

Vos parents et vos frères et sœurs sont-ils en bonne santé ? oui non

Si non, de quoi souffrent-ils/elles ?

2. Votre propre personne

a. Depuis votre dernier examen médico-sportif, avez-vous eu ou avez-vous actuellement des problèmes de santé ou avez-vous dû subir une intervention concernant :

oui	non		quoi	quand
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		cœur/système cardio-vasculaire	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		poumons	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		estomac/intestin	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		foie (jaunisse)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		reins/vessie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		peau	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		yeux	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		dents	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		cou/pharynx	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oreilles	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		sinus frontaux/maxillaires	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		commotion cérébrale	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		système nerveux	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		épilepsie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		diabète	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		rhume des foies	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		allergie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		réaction à un médicament	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		asthme	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		vaccins	
			(depuis le dernier contrôle)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		autre	

b. Souffrez-vous encore de ces problèmes ?

c. Ces problèmes sont actuellement

inchangés

améliorés

guéris

d. Avez-vous dû consulter un médecin à ce sujet ?
non

oui

Si oui, nom et adresse du médecin :

e. Depuis votre dernier examen médico-sportif, avez-vous eu ou avez-vous actuellement des blessures/problèmes/opérations concernant l'appareil locomoteur ?

oui	non		droit	gauche	quoi	quand
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nuque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	coudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poignets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	genoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tendon				
		d'Achille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chevilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

f. Souffrez-vous encore de ces problèmes ?

g. Ces problèmes sont actuellement

inchangés

améliorés

guéris

h. Avez-vous dû consulter un médecin à ce sujet ?

oui non

Si oui, nom et adresse du médecin :

i. Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

oui non

Si oui, lesquels ?

j. Disposez-vous d'un certificat médical pour des médicaments spéciaux ?

oui non

Si oui, pour lesquels ?

k. Disposez-vous d'une AUT (Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) ou d'une TUE (Therapeutic Use Exemption) ?

Si oui, pour lesquels ?

l. Date du dernier contrôle dentiste ? >1 ans <1 ans

3. Poids, alimentation, compléments alimentaires, suppléments, alcool, nicotine

a. Votre poids est-il resté constant depuis le dernier examen ? oui non

b. Avez-vous perdu ou pris intentionnellement du poids au cours de ces deux dernières années ?

oui non

Si oui, pourquoi ?

c. Vos parents/vos frères et sœurs ont-ils tendance à l'embonpoint ? oui non

Si oui, indiquez leur taille et leur poids:

d. Suivez-vous un régime ? oui non

Si oui, lequel et pourquoi ? Apportez évent. le plan d'alimentation.

e. Êtes-vous végétarien ? oui non

f. Prenez-vous des aliments des compléments alimentaires (hydrates de carbone, protéines, etc.) ?

oui non

Si oui, lesquels, à quelles doses et à quels moments ?

g. Prenez-vous des suppléments (vitamines, magnésium, créatine, carnitine, etc.) ?

oui non

Si oui, lesquels, à quelles doses et à quels moments ?

h. Buvez-vous régulièrement de l'alcool ? oui non

Si oui, quelle boisson et quelle quantité ?

i. Fumez-vous ou prenez vous du snus (tabac sous la lève supérieure) ? oui non

Si oui, depuis combien de temps ? années

Nombre de cigarettes ? par jour

Combien de fois prenez-vous du snus ? par jour

4. Sport

Avez-vous modifié votre entraînement depuis votre dernier examen médico-sportif ?

oui non

Si oui, précisez :

5. Appréciation personnelle

Vous sentez-vous actuellement en forme et ne souffrez-vous d'aucun problème qui pourrait influencer de manière négative sur votre performance à l'entraînement ou en compétition ?

oui non

Si non, précisez :