

# Check-list personne testée avec Q-AAP

Nom : \_\_\_\_\_ Date et heure du test : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Discipline sport. Cadre : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

**ENTRAÎNEMENT** Phase :  Préparation  Avant compétition  Compétition  Récupération

Durée de l'entraînement normal (h/semaine) : \_\_\_\_\_ Fréquence de l'entraînement (unité/semaine) : \_\_\_\_\_

Type	Durée	Intensité
------	-------	-----------

Aujourd'hui : \_\_\_\_\_

Hier : \_\_\_\_\_

Avant-hier : \_\_\_\_\_

Côté dominant pour les tests de force Jambe d'appui :  G  D Jambe de tir :  G  D Bras de lancer/main utilisée :  G  D

**ALIMENTATION**  Normale  Régime spécial : \_\_\_\_\_

Dernier repas pris quand : \_\_\_\_\_ quoi : \_\_\_\_\_

Caféine / alcool (12 dernières heures) : \_\_\_\_\_ Compléments : \_\_\_\_\_

**SANTÉ** Maladie (14 derniers jours) : \_\_\_\_\_ Prise régulière de médicaments : \_\_\_\_\_

- Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin?  oui  non
- Avez-vous ressenti ces derniers mois des douleurs à la poitrine au repos ou pendant un effort physique?  oui  non
- Avez-vous des problèmes de respiration au repos ou pendant un effort physique?  oui  non
- Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance?  oui  non
- Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique?  oui  non
- Un médecin vous a-t-il déjà prescrit un médicament pour contrôler votre tension artérielle, un problème cardiaque ou respiratoire?  oui  non
- Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas effectuer de test de performance maximale aujourd'hui?  oui  non
- Avez-vous effectué un ECG au cours de ces 2 dernières années et le résultat était-il bon?  oui  non

Blessures ces 6 derniers mois : \_\_\_\_\_

Gêne le jour du test : \_\_\_\_\_

Etat général : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Motivation pour le test : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**AUTRES FACTEURS D'INFLUENCE** : (sommeil, voyages, altitude, exposition à la chaleur, stress, etc.)

J'ai rempli ce questionnaire en toute honnêteté : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_