

Questionnaire médico-sportif

(Version : 01.04.2021)

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Rue :

Profession :

NPA/lieu :

Tél. privé :

E-mail :

Tél. portable :

Sport et discipline sportive :

Niveau de cadre :

Fédération/club :

Cat. Swiss Olympic Card / numéro: /

Médecin de famille¹ (avec adresse/tél.) :

Médecin de la fédération¹ (avec adresse/tél.) :

Physiothérapeute¹ (avec adresse/tél.) :

¹ L'ensemble de ces fonctions est employé au masculin mais désigne tant des hommes que des femmes.

Déclaration d'accord :

Je consens à ce que les résultats obtenus et les diagnostics posés dans le cadre de mon examen médico-sportif soient traités et stockés de manière confidentielle et dans le respect du secret médical. J'accepte que les informations puissent être consultées par le médecin de ma fédération ainsi que par mon médecin de famille.

Dans un but de recherche scientifique, et en faveur du développement du sport suisse, je suis d'accord que mes données soient utilisées si nécessaire et de manière anonyme.

La signature du représentant légal est exigée pour les mineurs.

Lieu et date :

Signature de l'athlète¹ ou de son représentant légal¹:

1. Famille

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

Si ce n'est pas le cas, de quoi souffrent-ils/elles ?

b) Est-ce qu'un membre de votre famille (proche ou parenté) souffre ou a souffert des maladies suivantes :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladies rhumatismales |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladies du sang |
| <input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires | <input type="checkbox"/> Maladies psychiques | <input type="checkbox"/> Autres maladies |
| <input type="checkbox"/> Asthme bronchique | <input type="checkbox"/> Ostéoporose | |

Si oui, veuillez préciser :

c) Avez-vous des frères et sœurs et, si oui, pratiquent-ils aussi un sport

Frères et sœurs (année de naissance, sexe, type de sport)

2. Evaluation des risques sur le plan cardio-vasculaire

a. A quand remonte votre dernier contrôle médical (examen physique avec mesure de la pression sanguine) ?

b. Avez-vous passé un électrocardiogramme au cours de ces deux dernières années ?

oui non

c. Vos parents/médecins vous ont-ils parlé d'un problème cardiaque et recommandé de ne bouger et de ne faire du sport que sous contrôle médical ?

oui non

d. Avez-vous ressenti des douleurs dans la poitrine ou avez-vous été inconscient au cours de ces deux dernières années ?

oui non

e. Souffrez-vous de toux, de détresse respiratoire ou d'une sensation d'oppression dans la poitrine ou le ventre au repos ou à l'effort ?

oui non

f. Un médecin vous a-t-il déclaré inapte à la compétition ces dernières années ou avez-vous en tête une autre raison pour laquelle vous ne pourriez pas pratiquer un sport avec une orientation vers la performance ?

oui non

g. Un médecin vous a-t-il un jour prescrit un médicament contre l'hypertension ou en raison d'un problème cardiaque ?

oui non

h. Fumez-vous, avez-vous un cholestérol élevé, souffrez-vous d'hypertension ou de diabète ?

oui non

i. Dans votre famille, quelqu'un est-il décédé soudainement avant son 50^e anniversaire et/ou des membres de votre famille (de moins de 65 ans) souffrent-ils d'une maladie des artères coronaires, d'une angine de poitrine ou ont-ils dû subir une intervention cardiaque ?

oui non

Explications au cas où vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions 2a – 2i :

3. Votre propre personne

a. 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"/>	asthme bronchique	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	estomac/intestin	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	foie/jaunisse	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reins/vessie/fuite urinaire	
<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"/>	allergie, par ex. rhume des foins	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	réaction à un médicament	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre	

Souffrez-vous encore de ces problèmes ?

Comment sont ces problèmes actuellement ?

inchangés

améliorés

guéris

Avez-vous dû consulter un médecin à ce sujet ?

oui non

Si oui, nom et adresse du médecin :

b. 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/tibia	<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"/>		

Souffrez-vous encore de ces problèmes ?

Comment sont ces problèmes actuellement ?

inchangés

améliorés

guéris

Avez-vous dû consulter un médecin à ce sujet ?

oui non

Si oui, nom et adresse du médecin :

c. Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

oui non

Si oui, lesquels ?

d. Disposez-vous pour certains médicaments d'une AUT (autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) resp. d'une TUE (Therapeutic Use Exemption) ?

oui non

Si oui, pour lesquels ?

e. Date du dernier contrôle dentiste (année) ?

f. Avez-vous reçu des vaccins ces 5 dernières années ?

Si oui, lesquels et quand ?

oui non

4. Bien-être / Sommeil

a. Combien d'heures dormez-vous par nuit ? _____ heures

b. Avez-vous de la peine à vous endormir ou à dormir ? oui non

c. Bien-être : Les affirmations suivantes s'appliquent à votre bien-être *ces 2 dernières semaines*. Pour chaque affirmation, indiquez la rubrique qui, selon vous, qualifie le mieux comment vous vous êtes senti ces 2 dernières semaines.

<i>Ces 2 dernières semaines...</i>	Tout le temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	Moins de la moitié du temps	Parfois	A aucun moment	Points
... j'étais heureux et de bonne humeur.	5	4	3	2	1	0	
... je me suis senti en paix et détendu.	5	4	3	2	1	0	
... je me suis senti plein d'énergie et en forme.	5	4	3	2	1	0	
... je me suis senti frais et reposé au réveil.	5	4	3	2	1	0	
... mes journées étaient remplies de choses qui m'intéressent.	5	4	3	2	1	0	
						Total :	

5. Poids, alimentation, compléments alimentaires, alcool, nicotine, drogues

a. Votre poids est-il resté constant ces deux dernières années ? oui non

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

Si oui, pourquoi?

c. Suivez-vous un régime (par ex. sans lactose, sans gluten, FODMAP, etc.) ? oui non

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

d. Vous nourrissez-vous de manière particulière par ex. sans viande, végétarien, végétalien, etc. ? oui non

Si oui comment et depuis quand ?

e. Prenez-vous des compléments alimentaires (hydrates de carbone, protéines, etc.)? oui non

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

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

oui non

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

g. Buvez-vous régulièrement de l'alcool ?

oui non

Si oui, quelle boisson et quelle quantité ?

h. Fumez-vous ou prenez-vous d'autres substances contenant de la nicotine comme le snus (tabac sous la lèvre supérieure) ?

oui non

Si oui, depuis combien de temps ?

années

Si oui, quoi et combien ?

/ jour

i. Prenez-vous ou avez-vous déjà pris (par voie orale ou par injection) des substances addictives (par ex. THC, cocaïne) ou des médicaments visant à augmenter vos performances (par ex. des anabolisants) ?

oui non

Si oui, quoi et combien ?

6. Sport/entraînement

a. A quoi ressemble actuellement votre entraînement

Exemple d'une semaine moyenne d'entraînement :

- Nombre d'heures
- Jour(s) de repos, le cas échéant

Vous pouvez également ajouter des détails sur la forme d'entraînement à chaque unité d'entraînement :

- Entraînement spécifique au sport ou autre entraînement (par ex. force, mental, récupération)

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi		Dimanche		Total
	[h]	Forme d'entraînement	[h]	Forme d'entraînement	[h]	Forme d'entraînement	[h]	Forme d'entraînement	[h]	Forme d'entraînement	[h]	Forme d'entraînement	[h]	Forme d'entraînement	[h]
Matinée															
Midi															
A.-midi															
Soir															
Total															

b. Tenez-vous un journal d'entraînement ?

oui non

c. Comment dosez-vous l'intensité de l'entraînement (sur la base du pouls, de la mesure du taux de lactate, des sensations subjectives, autres) ?

d. Périodisez-vous votre entraînement ?

oui non

Si oui, comment ?

e. Comment a évolué votre courbe de performances ces deux dernières années ?

- ascendante stable en baisse changeante

7. Récupération, psychologie du sport

a. A quelle fréquence effectuez-vous des activités de récupération ?

- massage sauna
 bains autre

b. Faites-vous régulièrement du stretching ? oui non

c. Prenez-vous régulièrement soin de vos fascias (rouleau de massage, par ex. Blackroll) ? oui non

d. Avez-vous déjà suivi une procédure d'entraînement en psychologie du sport ? oui non

Si oui, lesquels ?

8. Appréciation personnelle

a. Dites-nous maintenant si vous êtes satisfait de votre vie en général. Quel est actuellement votre niveau de satisfaction général au niveau de votre vie ?

très faible très élevé
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b. Vous sentez-vous actuellement pleinement opérationnel et performant ? oui non

Si non, pour quelle raison ?

9. Questions ?

Je souhaiterais encore aborder les questions suivantes :