

LIGUE FRANCOPHONE D'AVIRON - QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ce document est soumis au secret médical

|   | OUI | NON | Si réponse oui, développez dans cette case |
|---|-----|-----|--|
| <p>Souffrez-vous d'un problème de santé chronique ?</p> <p>Avez-vous déjà été hospitalisé ?</p> <p>Avez-vous déjà présenté un malaise ou une perte de connaissance pendant ou après l'effort ?</p> <p>Avez-vous déjà ressenti une douleur ou une oppression thoracique pendant ou après l'effort ?</p> <p>Avez-vous déjà présenté une difficulté respiratoire, de la toux ou des sifflements respiratoire pendant ou après l'effort ?</p> <p>Avez-vous déjà été traité ou hospitalisé pour asthme ?</p> <p>Avez-vous déjà eu une commotion cérébrale ou toute autre blessure à la tête ?</p> <p>Avez-vous déjà présenté des convulsions ?</p> <p>Avez-vous déjà eu un malaise sérieux, une perte de connaissance, une absence ou une quelconque forme de déficit neurologique transitoire (lié ou non à l'effort) ?</p> <p>Souffrez-vous de maux de tête ?</p> <p>Vous a-t-on un jour dit que vous devriez limiter vos activités sportives pour raison médicale ?</p> <p>Avez-vous déjà souffert d'hypertension ?</p> <p>Avez-vous déjà présenté des troubles glycémiques ?</p> <p>Avez-vous déjà présenté un niveau de cholestérol élevé ?</p> <p>Avez-vous déjà présenté une tachycardie brutale non liée à l'effort ?</p> <p>Avez-vous une quelconque histoire de problème cardiaque (souffle, trouble du rythme, ...) ?</p> <p>Présentez-vous une fatigue après l'effort semblable à celle des autres ?</p> <p>Souffrez-vous de problèmes vertébraux cervicaux, dorsaux ou lombaires (douleurs, hernie, ...) ?</p> <p>Avez-vous déjà ressenti des engourdissements ou faiblesse dans les bras, mains, cuisses, jambes ou pieds ?</p> <p>Avez-vous présenté une infection virale sévère (mononucléose, myocardite, ...) dans les 3 derniers mois ?</p> <p>Souffrez-vous d'allergie ?</p> <p>Fumez-vous ?</p> <p>Consommez-vous de l'alcool au-delà de 3 verres par semaine ?</p> <p>Avez-vous déjà pris des suppléments ou vitamines pour influencer votre poids ou vos performances physique ?</p> <p>Avez-vous consommé une quelconque forme de produit stupéfiant (cannabis, ecstasy, ...) durant les deux dernières années ?</p> <p>Avez-vous consommé une quelconque substance listée sur la liste des produits interdits (en vertu des règles anti-dopage) durant les deux dernières années ?</p> <p>Prenez-vous des médicaments (y compris aérosols) actuellement ?</p> <p>Avez-vous pris des médicaments durant les deux dernières années ?</p> <p>Avez-vous subi des examens médicaux durant les deux dernières années ?</p> <p>Avez-vous des antécédents d'accident musculaire (claquage, déchirure, ...) ?</p> <p>Avez-vous des antécédents de problèmes tendineux (tendinite, rupture, ...) ?</p> <p>Avez-vous des antécédents d'accident ostéo-articulaire (fracture, entorse, ...) ?</p> <p>Avez-vous déjà souffert d'une fracture de fatigue ?</p> <p>Pendant le sport, utilisez-vous un quelconque équipement de protection ou de correction (lunettes, lentilles, semelles, orthèse, ...) ?</p> <p>Avez-vous déjà été soigné pour un quelconque problème psychologique (anxiété, dépression, ...) ?</p> <p>Vous sentez-vous parfois stressé(e) au point d'interférer avec vos activités quotidiennes ou vos performances ?</p> <p>Votre vaccination anti-tétanique est-elle à jour ?</p> <p>Etes-vous vacciné contre la grippe ?</p> <p><u>Dans votre famille proche (parents, frère ou sœur) de moins de 50 ans, quelqu'un a-t-il :</u></p> <p>Fait une mort subite (en lien ou non avec la pratique sportive) ?</p> <p>Été traité pour un quelconque problème cardiaque ?</p> <p>Bénéficié de l'implantation d'un pace-maker ou d'un défibrillateur ?</p> <p>Été impliqué(e) dans un accident de voiture ou une noyade inexplicable(e) ?</p> <p><u>Pour les femmes :</u></p> <p>Date des premières règles ?</p> <p>Vos cycles sont-ils de durée normale et réguliers ?</p> <p>Avez-vous déjà eu des problèmes de grossesse ?</p> <p>Prenez-vous la pilule contraceptive ?</p> <p><u>Avez-vous quelque chose à ajouter ?</u></p> |     |     |  |