
QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL A REMPLIR PAR LE SPORTIF MAJEUR
AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient

NOM : Prénom : Sexe : ☐ F ☐ M Né(e) le :

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :

Spécialités athlétiques pratiquées :

Niveau de performance : ☐ départemental ☐ régional ☐ interrégional ☐ national

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? ☐ Oui ☐ Non

Précisions (année et motif d'hospitalisation) :

Avez-vous déjà été opéré ? ☐ Oui ☐ Non

Précisions (année et type d'opération):

Êtes-vous soigné pour :

le cœur ? ☐ Oui ☐ Non

la tension artérielle ? ☐ Oui ☐ Non

le diabète ? ☐ Oui ☐ Non

le cholestérol ? ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous actuellement des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels :

À l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti :

une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ? ☐ Oui ☐ Non

des palpitations (sensation de battements anormaux) ? ☐ Oui ☐ Non

un malaise ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? ☐ Oui ☐ Non

Date du dernier Électrocardiogramme : Résultat ?

Date de la dernière prise de sang : Résultat ?

Nombre de cigarettes par jour :

Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine :

Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels :

Avez-vous des allergies ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels :

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou
des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Je soussigné (e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.

Date : Signature :

Cachet et Signature du médecin