



PROGRAMME TECHNIQUE RÉGIONAL Questionnaire Médical



Année : _____

Ces données seront traitées de façon confidentielle. Elles ne sont recueillies que dans un but préventif.

INFORMATIONS PERSONNELLES :

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ Ville : _____
 Province : _____ Code postal : _____
 Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Date de naissance (jour/mois/année) : _____ Age : _____
 Assurance-Maladie : _____ Expiration : _____
 Allergie : _____ Groupe Sanguin : _____

EN CAS D'URGENCE CONTACTER :

Nom : _____ Tél. : _____
 Maison Travail ou cellulaire
 Nom : _____ Tél. : _____
 Maison Travail ou cellulaire

Nom du médecin de famille : _____ Téléphone : _____

ÉTAT DE SANTÉ :

	OUI	NON
1. Affections des sens		
A) Souffrez-vous d'une affection visuelle?	___	___
B) Portez-vous des lunettes?	___	___
C) Portez-vous des lentilles cornéennes durant les matchs?	___	___
D) Avez-vous des problèmes auditifs?	___	___
2. Affections du système nerveux		
A) Souffrez-vous d'évanouissement?	___	___
B) Souffrez-vous d'épilepsie?	___	___
C) Avez-vous déjà souffert de traumatisme crânien (commotion cérébrale)? Si oui, quand? _____	___	___
D) Souffrez-vous de désordres cervicaux ou neurologiques autres que ceux mentionnés ci-dessus? Si oui, spécifiez _____	___	___
3. Affections respiratoires		
A) Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique? Médicaments? _____	___	___
4. Problèmes systémiques		
A) Souffrez-vous de diabète?	___	___
B) Avez-vous déjà souffert de rhumatisme aigu?	___	___

- 5. Problèmes cardio-vasculaires** **OUI** **NON**
- A) Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou vasculaire? ___ ___
Si oui, spécifiez _____
- B) Ressentez-vous fréquemment des douleurs à la poitrine ou au cœur? ___ ___
- C) Votre médecin vous a-t-il déjà mentionné que vous aviez une tension artérielle trop élevée? ___ ___
- 6. Problèmes cutanés**
- A) Souffrez-vous de maladie contagieuse de la peau? ___ ___
- 7. Autres conditions**
- A) Prenez-vous des médicaments? Pour quelle raison ?
Lesquels? _____ ___ ___
- B) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale?
Si oui, quand ? _____ ___ ___
- C) Souffrez-vous de maladie ou d'affection autre que celles mentionnées ci-dessus (ex : problèmes menstruels)? ___ ___
- D) Souffrez-vous d'allergies? ___ ___
Si oui, à quoi? _____
Médicaments? _____

8. Blessures Antécédentes

Complétez le tableau suivant au meilleur de votre connaissance. Si vous n'avez pas eu de blessure pour certaines parties du corps, laissez les cases vides. Sous «Type», indiquez le genre de blessure (entorse, étirement, fracture, dislocation, tendinite, etc.).

Endroit	Type ?	Gauche ou Droit ? (G/D)	# de fois ?	Date de la plus récente blessure ?	Arrêt des activités ? (oui/non)	Combien de temps ?	Docteur ? Physio ?
Cheville							
Tibia/Mollet							
Genou							
Cuisse avant							
Cuisse arrière							
Hanche/Pelvis							
Abdomen							
Côtes							
Épaule							
Coude							
Poignet/Main							
Dos							
Cou							
Tête							

Signature : _____
ATHLETE

Date : _____

Signature : _____
PARENT OU TUTEUR LÉGAL

Date : _____