**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**

1. 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 ?

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

**[ ]**  Maladies cardiaques **[ ]**  Diabète **[ ]**  Maladies rhumatismales

**[ ]** Hypertension **[ ]**  Cancer **[ ]**  Maladies du sang

**[ ]** Maladies pulmonaires **[ ]**  Maladies psychiques **[ ]**  Autres maladies

**[ ]**  Asthme bronchique **[ ]**  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**

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

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

 [ ]  oui [ ]  non

1. 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

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

 [ ]  oui [ ]  non

1. 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

1. 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

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

 **[ ]**  oui **[ ]**  non

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

 **[ ]**  oui **[ ]**  non

1. Dans votre famille, quelqu’un est-il décédé soudainement avant son 50e 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

[ ]  [ ]  cœur/système cardio-vasculaire

[ ]  [ ]  poumons

[ ]  [ ]  asthme bronchique

[ ]  [ ]  estomac/intestin

[ ]  [ ]  foie/jaunisse

[ ]  [ ]  reins/vessie/fuite urinaire

[ ]  [ ]  peau

[ ]  [ ]  yeux

[ ]  [ ]  dents

[ ]  [ ]  cou/pharynx

[ ]  [ ]  oreilles

[ ]  [ ]  sinus frontaux/maxillaires

[ ]  [ ]  commotion cérébrale

[ ]  [ ]  système nerveux

[ ]  [ ]  épilepsie

[ ]  [ ]  diabète

[ ]  [ ]  allergie, par ex. rhume des foins

[ ]  [ ]  réaction à un médicament

[ ]  [ ]  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

[ ]  [ ]  nuque [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  épaules [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  bras [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  coudes [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  avant-bras [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  poignets [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  mains [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  dos [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  bassin [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  hanches [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  cuisses [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  genoux [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  jambes/tibia [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  tendon d’Achille [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  chevilles [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  pieds [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  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 :

c. Prenez-vous régulièrement des médicaments ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels ?

1. 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 ?

1. Date du dernier contrôle dentiste (année) ?
2. Avez-vous reçu des vaccins ces 5 dernières années ?

Si oui, lesquels et quand ? [ ]  oui [ ]  non

1. **Bien-être / Sommeil**
2. Combien d'heures dormez-vous par nuit ?       heures
3. Avez-vous de la peine à vous endormir ou à dormir ? [ ]  oui [ ]  non
4. 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ces 2 dernières semaines...* | **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**:  |       |

1. **Poids, alimentation, compléments alimentaires, alcool, nicotine, drogues**
2. Votre poids est-il resté constant ces deux dernières années ? [ ]  oui [ ]  non
3. Avez-vous perdu ou pris intentionnellement du poids au cours de ces deux
dernières années ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, pourquoi?

1. 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.

1. 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 ?

1. 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 ?

1. **Sport/entraînement**
2. 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’entraîne-ment | [h] | Forme d’entraîne-ment | [h] | Forme d’entraîne-ment | [h] | Forme d’entraîne-ment | [h] | Forme d’entraîne-ment | [h] | Forme d’entraîne-ment | [h] | Forme d’entraîne-ment | [h] |
| **Matinée** |    |        |     |        |    |        |    |        |    |        |     |        |     |        |        |
| **Midi** |    |        |     |        |     |        |     |        |    |        |    |        |    |        |        |
| **A.-midi** |     |        |    |        |    |        |    |        |    |        |    |        |    |        |        |
| **Soir** |    |        |     |        |    |        |    |        |    |        |    |        |    |        |        |
| **Total** |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |        |

1. Tenez-vous un journal d'entraînement ? **[ ]**  oui **[ ]**  non
2. Comment dosez-vous l'intensité de l'entraînement (sur la base du pouls, de la mesure du taux de lactate, des sensations subjectives, autres) ?
3. Périodisez-vous votre entraînement ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, comment ?

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

[ ]  ascendante [ ]  stable [ ]  en baisse [ ]  changeante

1. **Récupération, psychologie du sport**
2. A quelle fréquence effectuez-vous des activités de récupération ?

[ ]  massage       [ ]  sauna

[ ]  bains       [ ]  autre

1. Faites-vous régulièrement du stretching ? [ ]  oui [ ]  non
2. Prenez-vous régulièrement soin de vos fascias (rouleau de massage,
par ex. Blackroll) ? [ ]  oui [ ]  non
3. Avez-vous déjà suivi une procédure d’entraînement en psychologie du sport ?

 [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels ?

1. **Appréciation personnelle**
2. 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

1. Vous sentez-vous actuellement pleinement opérationnel et performant ? [ ]  oui [ ]  non

Si non, pour quelle raison ?

1. **Questions ?**

Je souhaiterais encore aborder les questions suivantes :