

## Questionnaire médical confidentiel

### À fournir également au médecin délivrant le certificat médical

<b>Nom et prénom de l'étudiant(e) :</b>  <b>Inscrit(e) en (niveau et parcours à préciser) :</b>  <b>Date de naissance :</b>
---

*Veillez répondre au questionnaire suivant en cochant la case correspondante.*

#### Antécédents personnels

	oui	non
Portez-vous des lunettes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portez-vous des lentilles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà présenté des troubles de la vue ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous présenté des troubles de l'audition ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	oui	non
Avez-vous déjà eu des maladies graves ou ayant entraîné une hospitalisation ? Si oui, précisez lesquelles ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
.....		
Avez-vous déjà été opéré ? Si oui, de quoi et quand ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
.....		
Avez-vous des allergies ? Si oui, à quoi ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
.....		
Avez-vous des problèmes respiratoires (en particulier asthme) ? Si oui, précisez lesquels ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
.....		

	oui	non
Avez-vous déjà fait des malaises <b>avec</b> perte de connaissance ? Si oui, quand, comment ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà fait des malaises <b>sans</b> perte de connaissance ? Si oui, quand, comment ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	oui	non
Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentez-vous parfois votre cœur battre fort ou de façon irrégulière ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes-vous essoufflé lors d'un effort (montée escalier, course...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des douleurs thoraciques à l'effort ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des problèmes de récupération après un effort ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation (saignements anormaux) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	oui	non
Etes-vous fumeur ou ancien fumeur ? Si oui, combien de cigarettes par jour : ..... depuis : ..... ou pendant combien d'années : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buvez-vous du vin, de la bière, des apéritifs ? Si oui, quantité par jour : ..... par semaine : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez-vous des vitamines ? Si oui, lesquels : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si vous êtes une femme, prenez-vous la pilule ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	oui	non
Avez-vous eu des problèmes de colonne vertébrale ? Si oui, précisez date, nature et localisation : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous eu déjà eu des entorses ? Si oui, précisez date et localisation : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
.....		
Avez-vous eu déjà eu des luxations ? Si oui, précisez date et localisation : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
.....		
Avez-vous eu déjà eu des problèmes musculaires ? Si oui, précisez date et localisation : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
.....		
Avez-vous eu déjà eu des problèmes de tendons ? Si oui, précisez date et localisation : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
.....		

	oui	non
Devez-vous bénéficier d'un traitement médical long d'une intervention chirurgicale ou endoscopique, d'une hospitalisation dans les six prochains mois ? Si oui, précisez date, nature et localisation : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
.....		

### Antécédents familiaux (problème de santé dans la famille)

	oui	non
Vos parents sont-ils en bonne santé ? Si non, qui a des problèmes ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-il (elle) des problèmes de cœur ? .....		
Souffre-t-il (elle) d'hypertension ? .....		
A-t-il (elle) trop de cholestérol ? .....		
Prend-il (elle) des médicaments ? .....		
Y a-t-il des personnes décédées subitement avant 60 ans dans votre famille ? Si oui, qui ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De quoi ? .....		
A quel âge ? .....		
Y a-t-il des personnes ayant eu des problèmes de cœur avant 60 ans ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Informations complémentaires

Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés. Je reconnais avoir été averti(e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle du médecin examinateur ainsi que celle de l'IFEPSA au sein duquel je vais pratiquer des activités physiques et sportives intensives. Je m'engage à transmettre à l'assistante de formation de niveau concernée, dans les meilleurs délais, tout nouvel élément venant modifier les informations de ce questionnaire (élément transmis au médecin responsable).

Date

Signature