

Questionnaire médical confidentiel

À fournir également au médecin délivrant le certificat médical

Nom et prénom de l'étudiant(e) : Inscrit(e) en (niveau et parcours à préciser) : Date de naissance :

Veuillez répondre au questionnaire suivant en cochant la case correspondante.

Antécédents personnels

	oui	non
Portez-vous des lunettes ?	☐	☐
Portez-vous des lentilles ?	☐	☐
Avez-vous déjà présenté des troubles de la vue ?	☐	☐
Avez-vous présenté des troubles de l'audition ?	☐	☐

	oui	non
Avez- vous déjà eu des maladies graves ou ayant entraîné une hospitalisation ? Si oui, précisez lesquelles ?	☐	☐
Avez-vous déjà été opéré ? Si oui, de quoi et quand ?	☐	☐
Avez-vous des allergies ? Si oui, à quoi ?	☐	☐
Avez-vous des problèmes respiratoires (en particulier asthme) ? Si oui, précisez lesquels ?	☐	☐

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

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

	oui	non
Avez-vous eu des problèmes de colonne vertébrale ? Si oui, précisez date, nature et localisation :	☐	☐

Avez-vous eu déjà eu des entorses ? Si oui, précisez date et localisation :	☐	☐
Avez-vous eu déjà eu des luxations ? Si oui, précisez date et localisation :	☐	☐
Avez-vous eu déjà eu des problèmes musculaires ? Si oui, précisez date et localisation :	☐	☐
Avez-vous eu déjà eu des problèmes de tendons ? Si oui, précisez date et localisation :	☐	☐

	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 :	☐	☐

Antécédents familiaux (problème de santé dans la famille)

	oui	non
Vos parents sont-ils en bonne santé ? Si non, qui a des problèmes ? 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 ? De quoi ? A quel âge ?	☐	☐
Y a-t-il des personnes ayant eu des problèmes de cœur avant 60 ans ?	☐	☐

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