|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Les informations apparaissant dans ce document, de nature confidentielles et couvertes par le secret médical, sont destinées à l'usage exclusif de mon médecin d'équipe et à lui/elle seul(e).

Toute modification, distribution ou reproduction de ce document est strictement interdite**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom |  |
| Nom |  |
| Fédération |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Téléphone |  |
| E-mail |  |

**Antécédents personnels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Oui | Non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.    Avez-vous déjà perdu connaissance en plein exercice physique ? |  |  |
| 2.    Avez-vous déjà ressenti une sensation d'oppression thoracique ? |  |  |
| 3.    Le fait de courir provoque-t-il chez vous une sensation d'oppression thoracique ? |  |  |
| 4.    Avez-vous déjà été gêné, lors de la pratique d'un sport, par une sensation d'oppression thoracique, une toux ou des sifflements respiratoires ? |  |  |
| 5.    Avez-vous déjà été traité/hospitalisé pour de l'asthme ? |  |  |
| 6.    Avez-vous déjà eu des convulsions ? |  |  |
| 7.    Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez d'épilepsie ? |  |  |
| 8.    Vous a-t-on déjà demandé d'abandonner la pratique d'un sport en raison de problèmes de santé ? |  |  |
| 9.    Vous a-t-on déjà dit que votre tension artérielle était élevée ? |  |  |
| 10.   Vous a-t-on déjà dit que votre taux de cholestérol était élevé ? |  |  |
| 11.   Ressentez-vous une gêne respiratoire ou toussez-vous durant ou après un exercice physique ? |  |  |
| 12.   Avez-vous déjà ressenti des vertiges durant ou après un exercice physique ? |  |  |
| 13.   Avez-vous déjà ressenti une douleur thoracique durant ou après un exercice physique ? |  |  |
| 14.   Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des battements cardiaques rapides ou irréguliers ? |  |  |
| 15.   Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des battements cardiaques rapides ou irréguliers ? |  |  |
| 16.   Vous a-t-on déjà dit que vous aviez un souffle au cœur ? |  |  |
| 17.   Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez d'arythmie cardiaque ? |  |  |
| 18.   Avez-vous eu une grave infection virale au cours du dernier mois (par exemple : myocardite ou mononucléose) ? |  |  |
| 19.   Vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de rhumatisme articulaire aigu ? |  |  |
| 20.   Souffrez-vous d'allergies ? |  |  |
| 21.   Prenez-vous des médicaments à l'heure actuelle ? |  |  |
| 22.   Avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des deux dernières années ? |  |  |

**Antécédents familiaux**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Un membre de votre famille, de moins de 50 ans :** | Oui | Non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 23.   Est-il mort de façon subite ou inattendue ? |  |  |
| 24.   A-t-il été traité pour perte de connaissance récurrente ? |  |  |
| 25.   A-t-il eu une attaque inexpliquée ? |  |  |
| 26.   S'est-il noyé de façon inexpliquée au cours d'une baignade ? |  |  |
| 27.   A-t-il eu un accident de voiture inexpliqué ? |  |  |
| 28.   A-t-il subi une transplantation cardiaque ? |  |  |
| 29.   Possède-t-il un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur implantable ? |  |  |
| 30.   A-t-il été traité pour arythmie ? |  |  |
| 31.   A-t-il subi une opération de chirurgie cardiaque ? |  |  |
| 32.   Y a-t-il eu "mort subite du nourrisson" dans votre famille ? |  |  |
| 33.   A-t-on déjà dit à un membre de votre famille qu'il souffrait du syndrome de Marfan ? |  |  |

|  |
| --- |
|  Je certifie que toutes les informations sont exactes |

Signature de l`athlète Signature du parent Date