

# Questionnaire de santé

## "QS - SPORT"

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre inscription.

### Recommandations :

- Ce « QS » perd toute valeur de dépistage dès lors qu'on omet de révéler un symptôme.
- Même en cas de « QS » renseigné, une visite médicale annuelle est recommandée. Cette visite ne donne pas lieu à la délivrance d'un certificat médical.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON*	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si vous avez répondu NON</b> à toutes les questions	<b>Si vous avez répondu OUI</b> à une ou plusieurs questions	
Pas de certificat médical à fournir.	Certificat médical à fournir.	

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2022      Signature