



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(Ces informations sont strictement confidentielles)

Informations générales

NOM :		PRÉNOM :		SEXE :	
ADRESSE :					
VILLE :					
CODE POSTAL :		DATE DE NAISSANCE :	<i> / / Jour Mois Année</i>		
TÉL. :	()	Courriel :			

Numéro RAMQ : _____

Contact en cas d'urgence :

Prénom et nom _____

Téléphone _____

Lien _____

Histoire médicale

OUI NON

- 1) Souffrez-vous d'allergie ? Si oui, lesquelles ?

 - 2) Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?

 - 3) Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ? Si oui, précisez.

 - 4) Souffrez-vous de diabète ?
-

- 5) Souffrez-vous d'asthme ? Si oui, quels sont les facteurs qui déclenchent vos crises ?

- 6) Souffrez-vous d'une infection chronique quelconque ? Si oui, précisez.

Histoire médicale (suite)

OUI NON

- 7) Souffrez-vous de troubles orthopédiques ou d'arthrite (mal de dos ou à d'autres articulations) ?
 Si oui, précisez. _____
- 8) Avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours des 5 dernières années ?
 Si oui, précisez. _____
- 9) Souffrez-vous d'hypertension ? Si oui, prenez-vous des médicaments ? Lesquels ?

- 10) Consommez-vous une drogue quelconque ? (stéroïdes anabolisants, cocaïne ou autres)
 Si oui, précisez. _____
- 11) SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE NON MENTIONNÉE JUSQU'À MAINTENANT ?
 Si oui, laquelle ? _____
- 12) Avez-vous été blessé lors d'une activité sportive ? Si oui, précisez la nature de la blessure
 et les traitements que vous avez suivis.

- 13) Est-ce qu'un ou des membres de votre famille seraient décédés à la suite des maladies suivantes
 avant l'âge de 55 ans ?
- | | Père | Mère | Frère | Sœur |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies respiratoires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 14) Est-ce qu'un ou des membres de votre famille souffriraient d'une des maladies suivantes ?
- | | Père | Mère | Frère | Sœur |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies respiratoires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haut taux de cholestérol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

15) Autres commentaires sur votre état médical : _____

Je soussigné affirme avoir lu, compris et complété le questionnaire et avoir reçu une réponse satisfaisante à chacune de mes questions.

Signature de l'athlète : _____ Date : _____

Signature du parent ou tuteur si vous avez moins de 18 ans : _____