



QUESTIONNAIRE DE SANTE

Prénom _____

Nom _____

Date de naissance _____

Téléphone _____

Email _____

ANTECEDENTS PERSONNELS	OUI	NON
1. Avez-vous déjà perdu connaissance en plein exercice physique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Avez-vous déjà ressenti une sensation d'oppression thoracique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Le fait de courir provoque-t-il chez vous une sensation d'oppression thoracique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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 ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avez-vous déjà été traité/hospitalisé pour de l'asthme ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Avez-vous déjà eu des convulsions ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez d'épilepsie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Vous a-t-on déjà demandé d'abandonner la pratique d'un sport en raison de problèmes de santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Vous a-t-on déjà dit que votre tension artérielle était élevée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Vous a-t-on déjà dit que votre taux de cholestérol était élevé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ressentez-vous une gêne respiratoire ou toussiez-vous durant ou après un exercice physique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Avez-vous déjà ressenti des vertiges durant ou après un exercice physique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Avez-vous déjà ressenti une douleur thoracique durant ou après un exercice physique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des battements cardiaques rapides ou irréguliers ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des battements cardiaques rapides ou irréguliers ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez un souffle au cœur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez d'arythmie cardiaque ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Avez-vous eu une grave infection virale au cours du dernier mois (par exemple : myocardite ou SARS-COVID19 ou mononucléose) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de rhumatisme articulaire aigu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Souffrez-vous d'allergies ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Prenez-vous des médicaments à l'heure actuelle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des deux dernières années ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTECEDENTS FAMILIAUX	OUI	NON
Un membre de votre famille, de moins de 50 ans:		
23. Est-il mort de façon subite ou inattendue ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. A-t-il été traité pour perte de connaissance récurrente ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. A-t-il eu une attaque inexpliquée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. S'est-il noyé de façon inexpliquée au cours d'une baignade ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. A-t-il eu un accident de voiture inexpliqué ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. A-t-il subi une transplantation cardiaque ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Possède-t-il un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur implantable ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. A-t-il été traité pour arythmie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. A-t-il subi une opération de chirurgie cardiaque ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Y a-t-il eu "mort subite du nourrisson" dans votre famille ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. A-t-on déjà dit à un membre de votre famille qu'il souffrait du syndrome de Marfan ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je certifie que toutes les informations sont exactes.

Signature

.....

Date:

.....

Si vous avez répondu OUI à au moins un question, il est nécessaire de consulter un médecin qui jugera s'il peut établir un certificat de non contre-indication à la pratique du cyclisme et du ski de randonnée en compétition