



RECUEIL DE DONNÉES AVANT UNE CONSULTATION POUR CERTIFICAT DE NON-CONTRE-INDICATION AU CYCLOTOURISME

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de l'examen :** _____

Date de naissance :

Sexe Féminin : Masculin :

Sport principal pratiqué :

Autre sport :

Club sportif :

PRATIQUE SPORTIVE

Niveau de pratique Loisir : Autres pratiques (par exemple, cyclosport - compétition) :

Motivation Personnelle : Influence familiale : Influence sociale :

Interruption : Quels en sont les motifs ? :

Reprise de l'activité sportive après 40 ans : Depuis quand ? :

Faites vous plus de 10 h de sport par semaine Oui Non

Combien de fois par semaine faites-vous du sport :

Modalités d'entraînement : Seul : - En groupe : - Les deux :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Avez-vous eu les maladies ou les problèmes suivants ?

Non

Oui

Maladies du cœur ou des vaisseaux

Risque cardiovasculaire :

Hypertension Tabac

Diabète Hérité

Cholestérol

Douleurs thoraciques

Maladies respiratoires (asthme, essoufflement inhabituel,...)

Maladies rénales ou urinaires

Maladies digestives ou du foie

Maladies du système nerveux (épilepsie, perte de connaissance,...)

Problèmes psychologiques (dépression,...)

Problèmes hormonaux (diabète, thyroïde,...)

Problèmes allergiques

Maladies infectieuses

Maladies ORL (sinusite, otite, vertiges,...)

Maladies des yeux

Autres maladies. Si oui, lesquelles :

Opérations chirurgicales. Si oui, lesquelles :

Blessures ou accidents sportifs (fracture, entorse, tendinite) Si oui, lesquels :

Date du dernier examen chez le dentiste :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Non

Oui

Y a-t'il eu des cas de mort subite dans votre famille ?

Est-ce qu'un membre de votre famille a ou a eu une maladie particulière ? Laquelle :

RECUEIL DE DONNÉES AVANT UNE CONSULTATION POUR CERTIFICAT DE NON-CONTRE-INDICATION AU CYCLOTOURISME

Nom :

Prénom :

Date de l'examen :

ETAT GÉNÉRAL - SIGNES FONCTIONNELS

Non	Oui	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Votre poids a-t'il varié récemment ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous fatigué(e) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous essoufflé(e) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manquez-vous d'appétit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous anxieux ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dormez-vous mal ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des douleurs thoraciques ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des palpitations ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des maux de tête ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà présenté une syncope ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des crampes ?

HABITUDES DE VIE

Non	Oui	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buvez-vous régulièrement des boissons alcoolisées ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumez-vous ? Depuis combien de temps :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des drogues ? (cannabis,...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des médicaments y compris des vitamines, compléments alimentaires, fortifiants ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensez-vous être informé(e) sur les risques du sport que vous pratiquez ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensez-vous être informé(e) sur les risques du dopage ?

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts

A _____, le _____

Signature du sportif

Signature des parents (pour les mineurs)

L'utilisation de ce dossier type, rempli préalablement à la consultation, permet de systématiser l'examen et d'obtenir une cohérence de l'ensemble des examens. Ce dossier permet

- d'éviter les oublis
- de raccourcir l'interrogatoire
- au médecin de se concentrer sur les réponses
- de responsabiliser le sportif