

## DOCUMENT CONFIDENTIEL

### Motif de votre visite

### Vous et le sport

#### Activité sportive principale :

pratiquée depuis \_\_\_\_\_ années.

#### Entraînements :

Fréq.: \_\_\_\_\_ x / sem.  
Durée ou km/séance : de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ /séance  
Total hebdomadaire : \_\_\_\_\_ h km  
Type : endurance \_\_\_\_\_ x / sem  
interval training \_\_\_\_\_ x / sem  
O Seul O en groupe

Utilisation d'un cardiofréquencemètre ?  
Fréq. cardiaque moyenne : \_\_\_\_\_ max :

#### Compétitions : \_\_\_\_\_ O oui O non

Niveau :  
Meilleures performances :  
Performances actuelles :  
Objectifs proches :  
futurs :

#### Activité(s) sportive(s) secondaire(s) :

#### Activités sportives antérieures :

sport(s) / \_\_\_\_\_ niveau / \_\_\_\_\_ durée

### Votre tolérance à l'effort

O excellente O bonne O mauvaise O médiocre  
Avez-vous ressenti

en cours d'effort ou après un effort :

Difficultés respiratoires, essoufflement inhabituel :  
O non O oui

Respiration bruyante, toux sèche après l'effort :  
O non O oui

Douleurs thoraciques (oppression):  
O non O oui

Sensation de palpitations (cœur irrégulier, rapide)  
O non O oui

Malaise avec perte de connaissance / syncope  
O non O oui

Malaise sans perte de connaissance  
O non O oui

Baisse de performance en cours d'effort  
O non O oui

Fatigue inhabituelle en cours de récupération  
O non O oui

Vous jugez votre récupération  
O rapide O lente O anormale O difficile

### Vaccinations / voyages

Etes-vous vacciné contre  
Le tétanos \_\_\_\_\_ O oui O non O ?  
L'hépatite B \_\_\_\_\_ O oui O non O ?  
Avez-vous voyagé récemment à l'étranger  
O non O oui

### Votre santé

Avez-vous trop de tension O ? \_\_\_\_\_ O non O oui  
Avez-vous trop de cholestérol  
O ? \_\_\_\_\_ O non O oui

Souffrez-vous de diabète  
O ? \_\_\_\_\_ O non O oui

Avez-vous trop d'acide urique  
O ? \_\_\_\_\_ O non O oui

Fumez –vous \_\_\_\_\_ O non O oui  
combien par jour et depuis ?

Souffrez-vous d'insuffisance rénale  
O ? \_\_\_\_\_ O non O oui

Souffrez-vous d'apnées du sommeil  
O ? \_\_\_\_\_ O non O oui

Buvez-vous de l'alcool (combien / jour )  
O non O oui

Etes-vous stressé(e) \_\_\_\_\_ O non O oui  
Votre poids est-il stable

O ? \_\_\_\_\_ O oui O non  
Suivez-vous un régime particulier

O non O oui

Avez-vous présenté une infection récente avec fièvre  
O non O oui

Etes-vous guéri(e) \_\_\_\_\_ O oui O non

### Souffrez-vous ou avez-vous souffert

d'une maladie cardiaque \_\_\_\_\_ O non O oui

d'un souffle au cœur \_\_\_\_\_ O non O oui

d'une maladie des vaisseaux \_\_\_\_\_ O non O oui

de troubles du rythme cardiaque \_\_\_\_\_ O non O oui

de troubles de coagulation \_\_\_\_\_ O non O oui

de « pierres au rein » \_\_\_\_\_ O non O oui

d'allergies \_\_\_\_\_ O non O oui

médicamenteuse \_\_\_\_\_ O non O oui

respiratoires \_\_\_\_\_ O non O oui

alimentaires \_\_\_\_\_ O non O oui

cutanées \_\_\_\_\_ O non O oui

d'asthme \_\_\_\_\_ O non O oui

d'épilepsie \_\_\_\_\_ O non O oui

d'un traumatisme crânien \_\_\_\_\_ O non O oui

d'une commotion cérébrale \_\_\_\_\_ O non O oui

de crise de tétanie \_\_\_\_\_ O non O oui

de syncopes \_\_\_\_\_ O non O oui

de troubles de la vue \_\_\_\_\_ O non O oui

de glaucome \_\_\_\_\_ O non O oui

portez-vous des lunettes/lentilles \_\_\_\_\_ O non O oui

de trouble de l'audition \_\_\_\_\_ O non O oui

de trouble de l'équilibre \_\_\_\_\_ O non O oui

de fracture \_\_\_\_\_ O non O oui

de fracture de fatigue \_\_\_\_\_ O non O oui

de luxation / entorse  non  oui  
à répétition  non  oui  
de problème musculaire  non  oui  
de problème tendineux  non  oui  
de hernie discale  non  oui  
d'une souplesse anormale des articulations  non  oui

### Avez-vous déjà

consulté un cardiologue  non  oui  
eu un ECG  non  oui  
eu une écho. cardiaque  non  oui  
réalisé un test à l'effort  non  oui

eu récemment  
une prise de sang  non  oui  
une analyse d'urine  non  oui

été opéré(e)  non  oui  
quand ? motif ?

été hospitalisé(e)  non  oui  
quand ? motif ?

### Pour les dames

Age des premières règles :  
Troubles du cycle menstruel ?  non  oui  
Prenez vous un contraceptif oral ?  non  oui  
Etes vous enceinte  non  oui  
Age de la ménopause :  
Prenez-vous traitement hormonal  non  oui  
Souffrez-vous d'ostéoporose  non  oui

### Dans votre famille

Avez-vous un parent proche ayant présenté avant 50 ans

une maladie cardiaque  non  oui  
une maladie des vaisseaux  non  oui  
une mort subite  non  oui  
(y compris mort subite du nourrisson)

Avez-vous un parent proche ayant

de l'hypertension artérielle  non  oui  
trop de cholestérol  non  oui  
du diabète  non  oui  
de l'asthme  non  oui  
des syncopes à répétition  non  oui  
eu un infarctus  non  oui  
eu des troubles du rythme  non  oui  
eu une intervention cardiaque  non  oui

Avez-vous un parent proche agé de moins de 35 ans

Porteur d'un pacemaker  non  oui  
Porteur d'un défibrillateur  non  oui

### Traitement en cours

Prenez-vous des médicaments de façon régulière  non  oui

Lesquels et pourquoi ?

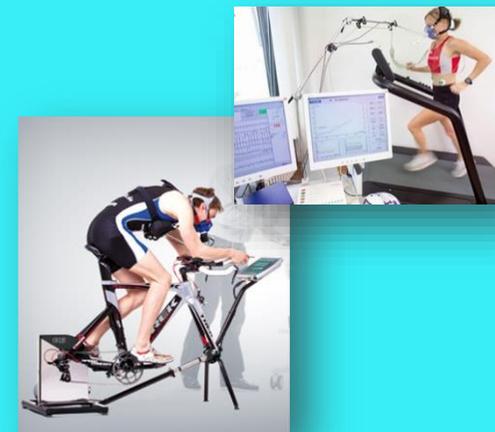
Prenez-vous des vitamines ou compléments alimentaires  non  oui

Signature :

**BIENVENUE  
A LA CLINIQUE DU SPORT  
DU CHR DE LA CITADELLE**

## Questionnaire

PRE PARTICIPATION EXAMINATION



Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire, première étape de votre examen. Si certaines questions vous semblent compliquées, pas de souci, ce questionnaire sera revu et discuté avec le médecin examinateur. Emportez le en consultation !

**Docteur Kristel MAEYNS**  
Cardiologue du sport

**Docteur J-L PETERS**

Cardiologue

**Docteur Michel CERFONTAINE**

Médecin du sport

