

Centre Hospitalier de Valenciennes

Fiche d'examen médical de non contre-indication apparente à la pratique d'un sport
Questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le sportif
Document original à conserver par le médecin examinateur

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sport pratiqué :

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?

Vous sentez-vous fatigué(e) ?

aujourd'hui ? Oui Non régulièrement ? Oui Non

Avez-vous des troubles du sommeil ?

actuellement ? Oui Non régulièrement ? Oui Non

Avez-vous :

- une maladie cardiaque ? Oui Non
- une maladie des vaisseaux ? Oui Non
- été opéré du cœur ou des vaisseaux ? Oui Non
- un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu ? Oui Non
- une hypertension artérielle ? Oui Non
- un diabète ? Oui Non
- un cholestérol élevé ? Oui Non
- suivi un traitement régulier ces deux dernières années ? Oui Non
(médicaments, compléments alimentaires ou autres)
- une infection sérieuse dans le mois précédent ? Oui Non

Avez-vous déjà été opéré ? Oui Non

Si oui, précisez et si possible, joindre les comptes rendus opératoires :

.....
.....

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des événements suivants ?

- accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans Oui Non
- mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) Oui Non

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

- malaise ou perte de connaissance ? Oui Non
- douleur thoracique ? Oui Non
- palpitations (cœur irrégulier) ? Oui Non
- fatigue ou essoufflement inhabituel ? Oui Non

Acteur régional et promoteur en santé



Centre Hospitalier de Valenciennes

Fiche d'examen médical de non contre-indication apparente à la pratique d'un sport

Avez-vous déjà eu :

- un électrocardiogramme ? Oui Non
- un échocardiogramme ? Oui Non
- une épreuve d'effort maximale ? Oui Non

Avez-vous des troubles de la coagulation ? Oui Non

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ?

Fumez-vous ? Oui Non

Si oui, combien par jour ? Depuis combien de temps ?

Avez-vous déjà été hospitalisé pour :

- un traumatisme crânien ? Oui Non
- des pertes de connaissance ? Oui Non
- des crises d'épilepsie ? Oui Non
- des crises de tétanie ou de spasmodophilie ? Oui Non

Avez-vous des troubles de la vue ? Oui Non

Si oui, portez-vous des corrections : lunettes lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition ? Oui Non

Avez-vous eu des troubles de l'équilibre ? Oui Non

Avez-vous :

- des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) ? Oui Non
- des allergies cutanées des allergies à des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Prenez-vous des traitements :

- pour l'allergie ? Oui Non si oui, lesquels ?
- pour l'asthme ? Oui Non si oui, lesquels ?

Avez-vous des maladies ORL répétitives ? (angines, sinusites, otites) Oui Non

Vos dents sont-elles en bon état ? Oui Non

Date du dernier bilan dentaire : (si possible, joindre le dernier bilan dentaire)

Avez-vous déjà eu ?

- des problèmes vertébraux ? Oui Non
- une anomalie radiologique ? Oui Non

Avez-vous déjà eu (précisez le lieu et quand) :

- une luxation articulaire ?
- une ou des fracture(s) ?
- une rupture tendineuse ?
- des tendinites chroniques ?
- des lésions musculaires ?
- des entorses graves ?

Acteur régional et promoteur en santé



Centre Hospitalier de Valenciennes

Fiche d'examen médical de non contre-indication apparente à la pratique d'un sport

Prenez-vous des médicaments actuellement ? Oui Non

Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement ? Oui Non

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus ? Oui Non

Si oui, laquelle :

Avez-vous eu les vaccinations suivantes :

• Tétanos Oui Non Date :

• Poliomyélite Oui Non Date :

• Hépatite Oui Non Date :

Autres : Date :

Avez-vous eu une sérologie HIV ? Oui Non Date :

Renseignements complémentaires pour les femmes :

• À quel âge avez-vous été réglée ?

• Avez-vous un cycle régulier ? Oui Non

• Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? Oui Non

• Combien de grossesses avez-vous eu ? Oui Non

• Prenez-vous un traitement hormonal ? Oui Non

• Prenez-vous une contraception orale ? Oui Non

• Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ? Oui Non

• Suivez-vous un régime alimentaire ? Oui Non

• Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ? Oui Non

• Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ? Oui Non

• Avez-vous une affection endocrinienne ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Je, soussigné(e) (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Nom :

Date :

Signature :

Signature et tampon du médecin :

Acteur régional et promoteur en santé

