

Questionnaire préalable à la visite médicale de non contre-indication à la pratique du sport
(recommandé par la Société Française de Médecine du Sport)

A remplir et à signer par le sportif (ou son représentant légal).

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Poids : **Taille :**
Sport(s) pratiqué(s) ou souhaités :

Avez-vous déjà eu connaissance **dans votre famille** des événements suivants :

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

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

- Malaise ou perte de connaissance Non Oui
- Douleur thoracique Non Oui
- Palpitations (coeur irrégulier) Non Oui
- Fatigue ou essoufflement inhabituel Non Oui

Avez vous :

- Une maladie cardiaque Non Oui
- Une maladie des vaisseaux Non Oui
- Été opéré du coeur ou des vaisseaux Non Oui
- Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu Non Oui
- Une hypertension artérielle Non Oui
- Un diabète Non Oui
- Un cholestérol élevé Non Oui
- Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres) Non Oui
- Eu une infection sérieuse dans le mois précédent Non Oui
- Des troubles de la coagulation Non Oui

Fumez-vous Non Oui

Si oui, combien par jour :

Depuis combien de temps :

Avez-vous déjà eu (si oui, merci de préciser en quelle année et d'apporter les documents) :

- Un bilan sanguin Non Oui Date :
- Un électrocardiogramme (E.C.G) Non Oui Date :
- Une échographie cardiaque Non Oui Date :
- Une épreuve d'effort Non Oui Date :

Date et signature :