

Annexe 1 : Questionnaire à visée cardiovasculaire recommandé par la Société Française de Médecine du Sport

Société Française de Médecine du Sport

FICHE D'EXAMEN MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE à la PRATIQUE D'UN SPORT

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL :

Questionnaire préalable à la visite médicale

à remplir et signer par le sportif

Document à conserver par le médecin examinateur.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sport pratiqué : .....

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :

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

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 (médicaments, compléments alimentaires ou autres)	Oui	Non
- Eu une infection sérieuse dans le mois précédent	Oui	Non

Avez-vous déjà eu :

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

Avez-vous déjà eu ?

- des troubles de la coagulation	Oui	Non
----------------------------------	-----	-----

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (le joindre si possible)

Fumez-vous ?	Oui	Non
--------------	-----	-----

Si oui, combien par jour ?

Depuis combien de temps ?

Date :

Signature :