



Questionnaire à faire compléter par un médecin

Lors de cet examen, l'athlète devrait vous remettre un questionnaire médical qu'il/elle aura préalablement complété.

Nom de l'athlète : _____ Date de naissance : _____

Taille : _____ Poids : _____ Pression artérielle : _____ / _____

Pulsation cardiaque au repos : _____

Acuité visuelle (non corrigée): D _____ / _____ G _____ / _____

(corrigée): D _____ / _____ G _____ / _____

Daltonisme : _____ Sphère ORL + yeux : _____

Thyroïde : _____

Dentition : _____

Poitrine/thorax : _____

Système cardiovasculaire : _____

Abdomen (incluant hernies): _____

SNC : _____ ROT : _____ Peau : _____

Musculo-squelettique (veuillez S.V.P. noter tout signe de blessure antérieure, d'instabilité ou de perte de flexibilité)

Mains/poignets : _____

Coudes : _____

Épaules : _____

Cou/dos : _____

Scoliose : _____

Hanche/bassin : _____

Genoux : _____

Chevilles/pieds: _____

Commentaires additionnels/autres irrégularités (Utilisez le verso au besoin.) :

Laboratoire (si requis) FSC : _____ **Urine :** _____

Autres (tels qu'indiqués) : _____

Rayons X (tels qu'indiqués):-

Recommandations sur la participation :

Notes :

Aucune restriction (contact/collision) _____

Contact/impact limité _____

Sport sans contact _____

Intensité élevée _____

Intensité modérée _____

Intensité faible _____

Besoin d'une consultation ultérieure _____

Semble manquer de préparation _____

Recommandations à suivre avant la participation (p. ex. réadaptation) : _____

Veillez s'il vous plaît transcrire toute information pertinente de ce questionnaire sur le questionnaire médical (liste des blessures/traitements en cours) que l'athlète devrait avoir amené avec lui/elle lors de cette visite.

Nom du médecin (en lettres moulées) : _____

Signature du médecin : _____

Adresse : _____ **Ville :** _____

Province : _____ **Code postal :** _____

Date de l'examen : _____ **Téléphone :** () _____