



**Questionnaire médical de préparticipation
Équipe canadienne masculine de volleyball
Centre d'entraînement centralisé**

**Ce formulaire doit être rempli par l'athlète et remis au
médecin lors de l'examen médical.**

Player I.D. _____

Section A

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____

Tél. (maison) : (____) _____ Code postal : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Province : _____

En cas d'urgence, contactez : 1) Nom : _____ Lien : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

2) Nom : _____ Lien : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

Nom du médecin de famille : _____ Date du dernier examen : _____

Tél. et adresse du médecin : _____

Information sur la police d'assurance : _____

Répondez par "O" ou "N" aux questions suivantes.

OUI NON

Expliquez les réponses "Oui" dans l'espace prévu.

1. Avez-vous déjà été hospitalisé ? O N

(Détaillez : _____)

2. Prenez-vous présentement des médicaments prescrits ou pilules ? O N

(p. ex. bronchodilatateur, insuline, anti-inflammatoires, antibiotiques, etc.)

(Détaillez : _____)

3. Prenez-vous des vitamines, des suppléments ou d'autres produits en
vente libre ? (p. ex. produits naturels, protéine en poudre, supplément de créatine,
supplément de fer, stéroïdes, etc.) O N

(Détaillez et donnez la raison (perte de poids, amélioration des performances, augmentation de
la masse musculaire, prévention de la maladie, etc.) : _____

4. Êtes-vous allergique à des médicaments ? (p. ex. aspirine, sulfa, pénicilline, etc.)... O N

- (Détaillez : _____)
5. Avez-vous déjà eu des étourdissements pendant ou après un exercice ?..... O N
6. Avez-vous déjà perdu connaissance pendant ou après un exercice ? O N
7. Ressentez-vous rapidement de la fatigue durant un exercice ? O N
8. Vous a-t-on déjà dit que vous faisiez de l'hypertension artérielle ?..... O N
9. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez une condition cardiaque, p. ex. un souffle au cœur ? O N
10. Avez-vous déjà ressenti des palpitations rapides au cœur ou un rythme cardiaque irrégulier ?..... O N
11. Y a-t-il un membre de votre famille qui soit décédé à la suite de problèmes cardiaques ou qui soit soudainement décédé avant l'âge de 50 ans ? O N
12. Avez-vous déjà eu des problèmes de peau ?(*p. ex. irritations, démangeaisons, verrues, etc.*)..... O N
(Détaillez : _____)
13. Avez-vous déjà subi des crampes de chaleur ou des crampes musculaires ? O N
14. Vous êtes-vous déjà senti étourdi ou avez-vous déjà perdu connaissance sous l'effet de la chaleur ?..... O N
15. Avez-vous de la difficulté à respirer ou toussiez-vous pendant ou après un exercice ?..... O N
16. Utilisez-vous un équipement spécial en entraînement ou en compétition ?
(*p. ex. chevillères, attelle de genou, semelles orthopédiques, manche en néoprène*)..... O N
(Détaillez : _____)
17. Portez-vous un appareil orthodontique fixe ou temporaire ?
(*p. ex. broches, protège-dents, etc.*)..... O N
(Détaillez : _____)
18. Avez-vous déjà eu ou avez-vous présentement des problèmes aux yeux ou avec votre vision ?..... O N
19. Portez-vous des lunettes, des verres de contact ou des lunettes de protection pendant les entraînements ou les compétitions ?..... O N
20. Avez-vous déjà eu ou avez-vous présentement d'autres problèmes médicaux ? (*p. ex. mononucléose, diabète, ulcère, pneumonie, etc.*)..... O N
(Détaillez : _____)
21. Souffrez-vous d'une anomalie congénitale ?..... O N
(Détaillez : _____)
22. Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez d'un problème relié à la croissance ?
(*p. ex. la maladie d'Osgood Schlatter*) O N
(Détaillez : _____)
23. Avez-vous une allergie alimentaire ou autre ? (*p. ex. arachides, piquûre d'abeille, etc.*)..... O N
(Détaillez : _____)
24. Avez-vous perdu ou pris beaucoup de poids au cours de la dernière année ?...O N

Section B

Taille (cm) : _____ Date de naissance : _____
mois /jour /année

Depuis combien d'années (ou saisons) jouez-vous au sein de l'Équipe canadienne de volleyball ? : _____

Combien d'années (ou saisons) avez-vous joué au niveau universitaire ? : _____

Combien d'années (ou saisons) avez-vous joué sur le circuit professionnel ? _____

BLESSURE AUX CHEVILLES :

Avez-vous subi une blessure à la cheville ? **OUI NON**

Si oui, veuillez s'il vous plaît préciser ci-dessous :

- Entorse (inversion) (G/D) _____ Fracture du péroné (D/G) _____
- Entorse (éversion) (D/G) _____ Fracture du tibia (D/G) _____
- Fracture de la malléole interne (D/G) _____ Autre ? Expliquez : _____
- Fracture de la malléole externe (D/G) _____
- Fracture de stress _____ (Spécifiez quel os et quelle région.)

*Assurez-vous d'expliquer chaque blessure mentionnée ci-dessus dans l'espace prévu ci-après.

<u>Date(s) approximative(s)</u>	<u>guérie/non guérie</u>	<u>liée au volleyball</u>	<u>type de blessure</u>

BLESSURE AUX ÉPAULES :

Avez-vous déjà subi une blessure à l'épaule ? **OUI NON**

Si oui, veuillez s'il vous plaît préciser ci-dessous :

- Dislocation(D/G) _____ Bursite sous-deltoïdienne (D/G) _____
- Subluxation(D/G) _____ Tendinite de la longue portion du biceps (D/G) _____
- Tendinite de la coiffe des rotateurs (D/G) _____
- Entorse acromio-claviculaire (D/G) _____
- Autre ? Expliquez : _____

*Assurez-vous d'expliquer chaque blessure mentionnée ci-dessus dans l'espace prévu ci-après.

<u>Date(s) approximative(s)</u>	<u>guérie/non guérie</u>	<u>liée au volleyball</u>	<u>type de blessure</u>

BLESSURE AU DOS ET AU COU : (région cervicale, dorsale, lombaire)

Avez-vous déjà subi une blessure au dos ou au cou ? **OUI NON**

Si oui, veuillez s'il vous plaît préciser ci-dessous :

Hernie discale (À quel niveau?)_____ Entorse sacroiliaque (D/G)_____

Claquage musculaire (Quel muscle?)_____ Autre ? Expliquez : _____

Irritation des facettes articulaires (À quel niveau?)(D/G)_____

Subluxation des côtes (À quel niveau?)(D/G)_____

*Assurez-vous d'expliquer chaque blessure mentionnée ci-dessus dans l'espace prévu ci-après.

Date(s) approximative(s) guérie/non guérie liée au volleyball type de blessure

BLESSURES AUX CUISSES OU AUX AINES :

Avez-vous déjà subi une blessure aux hanches ou aux aines ? **OUI NON**

Si oui, veuillez s'il vous plaît préciser ci-dessous :

Étirement de l'adducteur (D/G)_____ Étirement de l'ischio-jambier (D/G)_____

Étirement des fléchisseurs de la hanche (D/G)_____ Ostéite pubienne _____

Étirement du quadriceps (D/G)_____ Bursite trochantérienne (D/G)_____

Autre ? Expliquez : _____

*Assurez-vous d'expliquer chaque blessure mentionnée ci-dessus dans l'espace prévu ci-après.

Date(s) approximative(s) guérie/non guérie liée au volleyball type de blessure

BLESSURE AUX GENOUX :

Avez-vous déjà subi une blessure à un genou ? **OUI** **NON**

Si oui, veuillez s'il vous plaît préciser ci-dessous :

Ligament collatéral interne (D/G) _____ LCA (D/G) _____
Ligament collatéral externe (D/G) _____ LCP (D/G) _____
Déchirement du ménisque interne (D/G) _____ Autre ? Expliquez : _____
Déchirement du ménisque externe (D/G) _____
Syndrome fémoro-rotulien douloureux (D/G) _____
Tendinite rotulienne du sauteur (D/G) _____
Syndrome de la bandelette iliotibiale (D/G) _____

*Assurez-vous d'expliquer chaque blessure mentionnée ci-dessus dans l'espace prévu ci-après.

Date(s) approximative(s) guérie/non guérie liée au volleyball type de blessure

Dans la section qui suit, veuillez s'il vous plaît identifier **toutes les autres blessures que vous avez subies par le passé et les expliquer dans l'espace prévu.**

Main/doigt _____ (*fracture?*) Coude _____ Cuisse _____
Poignet _____ Bras _____ Tibia/mollet _____ Tête _____
Avant-bras _____ Poitrine _____ Cheville _____ Pied _____
Commotion cérébrale _____
Autre ? Expliquez : _____

*Assurez-vous d'expliquer chaque blessure mentionnée ci-dessus dans l'espace ci-après.

Année de la blessure type de blessure côté(d/g/les deux) guérie/non guérie

