



## 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 :** ( ) \_\_\_\_\_