



Les informations apparaissant dans ce document, de nature confidentielles et couvertes par le secret médical, sont destinées à l'usage exclusif des médecins et à eux/elles seuls/es.

Toute modification, distribution ou reproduction de ce document est strictement interdite

Prénom

Nom

Fédération

Date de naissance

Adresse

Téléphone

E-mail

Antécédents personnels

Oui Non

1. Avez-vous déjà perdu connaissance en plein exercice physique ?
2. Avez-vous déjà ressenti une sensation d'oppression thoracique ?
3. Le fait de courir provoque-t-il chez vous une sensation d'oppression thoracique ?
4. Avez-vous déjà été gêné, lors de la pratique d'un sport, par une sensation d'oppression thoracique, une toux ou des sifflements respiratoires ?
5. Avez-vous déjà été traité/hospitalisé pour de l'asthme ?
6. Avez-vous déjà eu des convulsions ?
7. Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez d'épilepsie ?
8. Vous a-t-on déjà demandé d'abandonner la pratique d'un sport en raison de problèmes de santé ?
9. Vous a-t-on déjà dit que votre tension artérielle était élevée ?
10. Vous a-t-on déjà dit que votre taux de cholestérol était élevé ?
11. Ressentez-vous une gêne respiratoire ou toussiez-vous durant ou après un exercice physique ?
12. Avez-vous déjà ressenti des vertiges durant ou après un exercice physique ?
13. Avez-vous déjà ressenti une douleur thoracique durant ou après un exercice physique ?
14. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des battements cardiaques rapides ou irréguliers ?
15. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des battements cardiaques rapides ou irréguliers ?
16. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez un souffle au cœur ?
17. Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez d'arythmie cardiaque ?
18. Avez-vous eu une grave infection virale au cours du dernier mois (par exemple : myocardite ou mononucléose) ?



SPORT IN
THE OLYMPIC
PROGRAMME





- 19. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de rhumatisme articulaire aigu ?
- 20. Souffrez-vous d'allergies ?
- 21. Prenez-vous des médicaments à l'heure actuelle ?
- 22. Avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des deux dernières années ?

Antécédents familiaux

Un membre de votre famille, de moins de 50 ans : Oui Non

- 23. Est-il mort de façon subite ou inattendue ?
- 24. A-t-il été traité pour perte de connaissance récurrente ?
- 25. A-t-il eu une attaque inexpliquée ?
- 26. S'est-il noyé de façon inexpliquée au cours d'une baignade ?
- 27. A-t-il eu un accident de voiture inexpliqué ?
- 28. A-t-il subi une transplantation cardiaque ?
- 29. Possède-t-il un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur implantable ?
- 30. A-t-il été traité pour arythmie ?
- 31. A-t-il subi une opération de chirurgie cardiaque ?
- 32. Y a-t-il eu "mort subite du nourrisson" dans votre famille ?
- 33. A-t-on déjà dit à un membre de votre famille qu'il souffrait du syndrome de Marfan ?

Je certifie que toutes les informations sont exactes

Signature de l'athlète

Signature des deux parents (si mineur)

Date



SPORT IN
THE OLYMPIC
PROGRAMME

