



Aspis Medical Sport Center
 Dr Hautrive C.
 83, Avenue Paul Hymans,
 1200 Woluwé-Saint-Lambert

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL : questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le patient.

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Sport pratiqué :

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

1) CARDIOVASCULAIRES :

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :

-Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans	Non	Oui
-Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson)	Non	Oui

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

Malaise ou perte de connaissance	Non	Oui
Douleur / Oppression thoracique, dans la mâchoire, dans un des bras	Non	Oui
Palpitations (cœur irrégulier)	Non	Oui
En particulier après avoir mangé, l'activité physique, une émotion forte, une exposition au froid		
Fatigue ou essoufflement inhabituel	Non	Oui
En particulier après avoir mangé, l'activité physique, une émotion forte, une exposition au froid		
Perte de la vision	Non	Oui
Sentiment d'absence	Non	Oui

Avez-vous

Une maladie cardiaque	Non	Oui
Une maladie des vaisseaux	Non	Oui
Été opéré du cœur ou des vaisseaux	Non	Oui
Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu	Non	Oui
Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres), si oui, lesquels? (Bêtabloquants ? Anticalciques ? Digoxine ?)	Non	Oui
Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement	Non	Oui

Si vous avez répondu « oui » à une des questions ci-dessus :

. infarctus du myocarde récent (3 à 5 jours)	Non	Oui
. angor instable	Non	Oui
. sténose serrée ou significative du tronc commun de la coronaire gauche connue	Non	Oui
. troubles du rythme graves non contrôlés	Non	Oui
. rétrécissement aortique serré symptomatique	Non	Oui
. insuffisance cardiaque non contrôlée	Non	Oui
. embolie pulmonaire, phlébite en évolution	Non	Oui
. myocardite, péricardite, endocardite en évolution	Non	Oui
. dissection aortique aiguë	Non	Oui
. thrombus intraventriculaire gauche dans les suites d'un infarctus du myocarde.	Non	Oui

➤ Si vous avez répondu oui à une de ses possibilités, vous présentez une contre-indication absolue à la réalisation d'une épreuve d'effort et nous vous conseillons de consulter votre cardiologue.

. sténose valvulaire modérée	Non	Oui
. anomalies électrolytiques, anémie marquée, hyperthyroïdie,...	Non	Oui
. hypertension artérielle > 200/110 mmHg.	Non	Oui
. cardiomyopathie hypertrophique et/ou obstructive	Non	Oui
. anévrisme ventriculaire	Non	Oui
. bloc auriculo-ventriculaire de haut degré	Non	Oui
. maladies générales évolutives	Non	Oui
. AVC – AIT récents (accident vasculaire cérébrale – acc ischémique transitoire)	Non	Oui

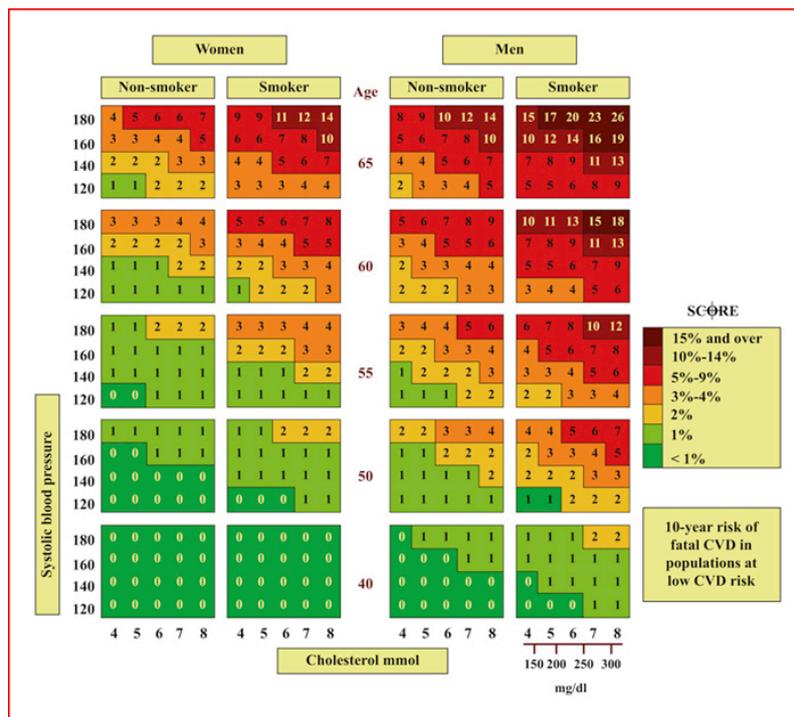
➤ Si vous avez répondu oui à une de ses possibilités, vous présentez une contre-indication relative à la réalisation d'une épreuve d'effort et nous vous conseillons de faire celle-ci dans un service de cardiologie.

Une infection sérieuse dans le mois précédent Non Oui
 Un diabète Non Oui
 Buvez-vous des boissons alcoolisées chaque semaine? Non Oui,
si oui, à quelle fréquence ?

Une hypertension artérielle Non Oui
 Un cholestérol élevé Non Oui, si oui, à combien?
 Fumez-vous ? Non Oui, si oui, combien par jour ? Depuis?

Avez-vous déjà eu : (se procurer une copie des protocoles)

- un électrocardiogramme	Non	Oui
- un échographie cardiaque	Non	Oui
- une épreuve d'effort maximale	Non	Oui



SCORE d'événements CV à 10 ans => ... %

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Nom : _____ Date _____

Signature