DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL : questionnaire préalable aux épreuves d'effort & bilan cardiovasculaire, à 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 :

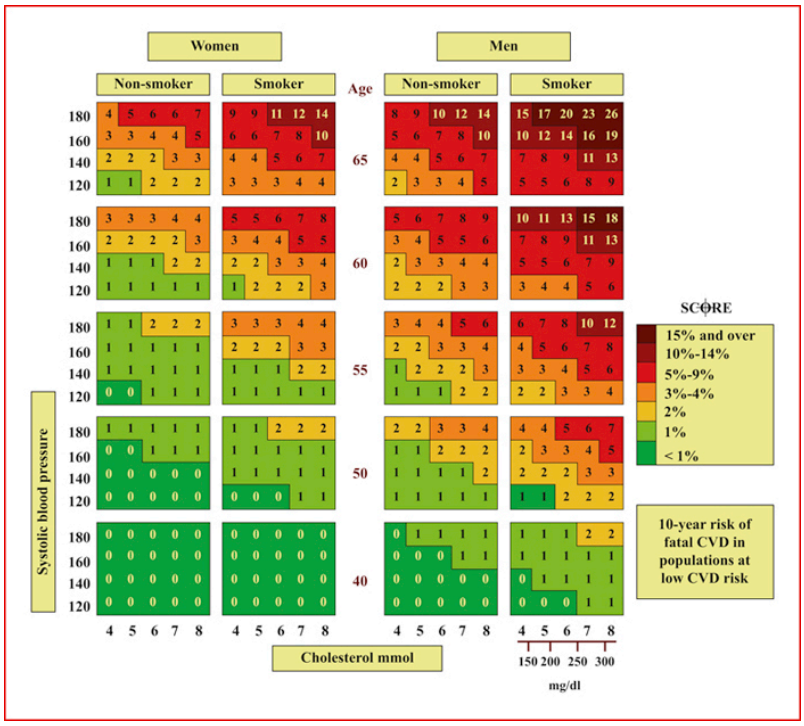
Malaise ou perte de connaissance	Non	Oui
Douleur thoracique	Non	Oui
Palpitations (cœur irrégulier)	Non	Oui
Fatigue ou essoufflement inhabituel	Non	Oui
Avez-vous		
Une maladie cardiaque	Non	Oui
Une maladie des vaisseaux	Non	Oui
Été opéré du cœur ou des vaisseaux	Non	Oui
Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu	Non	Oui
Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres), si oui, lesquels?	Non	Oui
Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement	Non	Oui
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 => ... %



2) *AUTRES :*

Avez-vous déjà été opéré ?	Non	Oui

Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour

Traumatisme crânien	Non	Oui
Perte de connaissance	Non	Oui
Epilepsie	Non	Oui
Crise de tétanie ou spasmophilie	Non	Oui

Avez-vous des troubles de la vue ? Non Oui

si oui, portez-vous des corrections : ..... lunettes ..... lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition	Non	Oui
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre	Non	Oui
Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation :	Non	Oui
A quand remonte votre dernier bilan sanguin ?	(le joindre si possible)	

Avez-vous

- des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme)	Non	Oui
- des allergies cutanées	Non	Oui
- des allergies à des médicaments	Non	Oui, si oui, lesquels.....

Prenez-vous des traitements

- pour l'allergie ? (si oui, lesquels)	Non	Oui
- pour l'asthme ? (si oui, lesquels)	Non	Oui

Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites Non Oui
Avez-vous une affection endocrinienne ? Non Oui, si oui, laquelle ?
Vos dents sont-elles en bon état ? Non Oui
(si possible, joindre votre dernier bilan dentaire, radiographie panoramique déjà réalisée?)

Avez-vous ou avez-vous déjà eu ?
- des problèmes vertébraux ou douleurs du rachis : Non Oui,
si oui, une imagerie a-t-elle été faite?
- cyphose/scoliose : Non Oui

Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand)
- une luxation articulaire Non Oui
- une ou des fractures Non Oui
- une rupture tendineuse Non Oui
- des tendinites chroniques Non Oui
- des lésions musculaires Non Oui
- des entorses graves Non Oui

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus ?

……
……
……

Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos polio non oui / Hépatite non oui / Autres, précisez :

Avez-vous eu une sérologie HIV ? : Non Oui

Prenez-vous des compléments alimentaires ou autres produits ? :
……
……

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.

À quel âge avez-vous été réglée ?.....
Avez-vous un cycle régulier ? Non Oui
Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? Non Oui
Combien de grossesses avez-vous eu ? Non Oui
Prenez-vous un traitement hormonal ? Non Oui
Prenez-vous une contraception orale ? Non Oui
Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ? Non Oui
Suivez-vous un régime alimentaire ? Non Oui
Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ? Non Oui
Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ? Non Oui
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ? Non Oui

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

ASPIS O2MAX

Signature