



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	Non	Oui
(médicaments, compléments alimentaires ou autres), si oui, lesquels?		
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

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

À 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* _____

Signature

FICHE DU SPORTIF.

Nom : Prénom :
Date de naissance : Âge :
Taille : Poids : Sexe :
Club ou structure : Discipline pratiquée :
Niveau de pratique : Titres ou classement :

1) Quel est votre volume moyen d'entraînement tout au long de l'année ?

2) Quel a été votre volume d'entraînement hebdomadaire moyen (en km ou en temps) les 6 semaines précédentes?

..... km par semaine et/ou h/semaine.

3) Avez fait une ou plusieurs compétitions ces 6 derniers mois ?

Si oui, notez les distances - les chronos – type de compétition :
.....
.....

4) Quels sont vos records personnels ?

5) De combien de temps disposez-vous par semaine pour vous entraîner ?

..... h/j ou h/sem.

6) Où vous entraînez-vous ? => piste, pelouse, bois, tapis de course, piste couverte, macadam, synthétique.

7) Détaillez les séances générales et séances spécifiques que vous avez effectuées au cours de 6 semaines précédentes.

8) Quel est votre principal objectif sportif ?

9) Notez les compétitions auxquelles vous souhaitez participer au cours des 6 mois à venir (distance-lieu) et quel est la plus importante ?

10) Pourquoi pratiquez-vous votre sport ?

Commentaires :