

■ ÉVALUATION PHYSIQUE PRÉ-PARTICIPATION – FORMULAIRE D'ANAMNÈSE

(Remarque : ce formulaire doit être rempli par le patient et le parent avant de voir le médecin. Le médecin doit conserver ce formulaire dans le dossier.)

Date de l'examen _____
Nom _____ Date de naissance _____
Sexe _____ Âge _____ Classe _____ École _____ Sport(s) _____

Médicaments et allergies : Veuillez lister tous les médicaments prescrits et en vente libre ainsi que les compléments (herboux et nutritionnels) que vous prenez actuellement.

Avez-vous des allergies ? ■ Oui ■ Non Si oui, veuillez préciser ci-dessous :

■ Médicaments ■ Pollens ■ Aliments ■ Insectes piqueurs

Expliquez les réponses « oui » ci-dessous. Entourez les questions dont vous ne connaissez pas la réponse.

QUESTIONS GÉNÉRALES

1. Un médecin vous a-t-il déjà refusé ou limité la pratique sportive pour une raison quelconque ?
2. Avez-vous des problèmes médicaux en cours ? Si oui, précisez : Asthme / Anémie / Diabète / Infections / Autre.
3. Avez-vous déjà passé une nuit à l'hôpital ?
4. Avez-vous déjà eu une chirurgie ?

SANTÉ CARDIAQUE – VOUS CONCERNANT

5. Perte de connaissance pendant ou après l'exercice ?
6. Douleur ou oppression thoracique à l'effort ?
7. Palpitations ou rythme irrégulier à l'effort ?
8. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un problème cardiaque ?
9. Avez-vous déjà eu un test cardiaque (ECG/EKG, échocardiogramme) ?
10. Étourdissements ou essoufflement inattendu à l'effort ?
11. Avez-vous déjà eu une crise convulsive inexplicée ?
12. Êtes-vous plus fatigué ou essoufflé plus rapidement que vos amis ?

■ ÉVALUATION PHYSIQUE PRÉ-PARTICIPATION – ATHLÈTE AVEC BESOINS PARTICULIERS

Date de l'examen _____

Nom _____ Date de naissance _____

Sexe _____ Âge _____ Classe _____ École _____ Sport(s) _____

1. Type de handicap
2. Date du handicap
3. Classification (si disponible)
4. Cause du handicap (naissance, maladie, accident/traumatisme, autre)
5. Liste des sports que vous souhaitez pratiquer

6. Utilisez-vous régulièrement une orthèse, un dispositif d'assistance ou une prothèse ?
7. Utilisez-vous un dispositif spécial pour le sport ?
8. Avez-vous des éruptions cutanées, escarres ou autres problèmes de peau ?
9. Avez-vous une perte auditive ? Utilisez-vous une aide auditive ?
10. Avez-vous une déficience visuelle ?
11. Utilisez-vous des dispositifs spéciaux pour les fonctions intestinales ou vésicales ?
12. Brûlure ou inconfort à la miction ?
13. Avez-vous eu une dysréflexie autonome ?
14. Maladie liée à la chaleur (hyperthermie) ou au froid (hypothermie) ?
15. Spasticité musculaire ?
16. Crises convulsives fréquentes non contrôlées par traitement ?

■ ÉVALUATION PHYSIQUE PRÉ-PARTICIPATION – FORMULAIRE D'EXAMEN CLINIQUE

Nom _____ Date de naissance _____

Rappels pour le médecin :

Considérer des questions supplémentaires sur le stress, l'humeur, la sécurité, le tabac, l'alcool, les drogues, les stéroïdes anabolisants, les compléments, la ceinture de sécurité et le casque.

EXAMEN

Taille _____ Poids _____ Sexe ■ Homme ■ Femme

TA _____ / _____ Pouls _____ Vision D 20/___ G 20/___ Correction ■ Oui ■ Non

Apparence – signes de Marfan

Yeux / oreilles / nez / gorge

Ganglions

Cœur – souffles, point d'impulsion maximal

Pouls

Poumons

Abdomen

Génito-urinaire (garçons uniquement)

Peau

Neurologique

Musculosquelettique : cou, dos, épaule/bras, coude/avant-bras, poignet/main/doigts, hanche/cuisse, genou, jambe/cheville, pied/orteils.

Fonctionnel : marche accroupie, saut sur une jambe.

■ ÉVALUATION PHYSIQUE PRÉ-PARTICIPATION – FORMULAIRE D'AUTORISATION

Nom _____ Sexe ■ M ■ F Âge _____ Date de naissance _____

- Autorisé pour tous les sports sans restriction
- Autorisé pour tous les sports sans restriction avec recommandations
- Non autorisé
- En attente d'évaluation complémentaire
- Pour certains sports _____

Raison _____

Recommandations _____

Nom du médecin _____ Date _____

Adresse _____ Téléphone _____

Signature du médecin _____, MD ou DO

INFORMATIONS D'URGENCE

Allergies _____

Autres informations _____