QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LES PRATIQUANTS MAJEURS

NOM/PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

	OUI	NON
1. AVEZ-VOUS DÉJÀ RESSENTI PENDANT OU APRÈS UN EFFORT LES SYMPTÔMES SUIVANTS :		
• Malaise ou perte de connaissance	☐	☐
• Douleur thoracique?	☐	☐
• Palpitations (cœur irrégulier)	☐	☐
• Fatigue ou essoufflement inhabituel	☐	☐
2. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU OU ÉTÉ OPÉRÉ DE :		
• Une maladie cardiaque	☐	☐
• Une maladie des vaisseaux	☐	☐
• Un trouble du rythme connu	☐	☐
3. ÊTES-VOUS :		
• Diabétique	☐	☐
• Épileptique	☐	☐
• Porteur d'un défibrillateur / pacemaker	☐	☐
4. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :		
• Une phlébite	☐	☐
• Une embolie pulmonaire	☐	☐

	OUI	NON
5. PRENEZ-VOUS UN TRAITEMENT RÉGULIER PAR ANTICOAGULANT : (Sintrom®, Coumadine®, Préviscan®, Eliquis® - apixaban, Pradaxa® dabigatran, Xarelto® - rivaroxaban)	☐	☐
6. AVEZ-VOUS DES TROUBLES DE VISION DES COULEURS	☐	☐
7. AVEZ-VOUS DES TROUBLES DE LA VUE MALGRÉ, LE CAS ÉCHÉANT LE PORT DE LUNETTES ET/OU LENTILLES ?	☐	☐
8. SI VOUS AVEZ + DE 45 ANS : Votre dernier électrocardiogramme date de + de 5 ans :	☐	☐

*NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

1. Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

2. Si vous avez répondu OUI à une des questions : Vous devez fournir un certificat médical d'absence de contre-indication pour obtenir ou renouveler votre licence Consultez un médecin et présentez-lui le questionnaire renseigné