 Logo du club

**QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ**

RENSEIGNEMENT NOMINATIF

Nom de l’athlète : Prénom :

Date de naissance : Âge :

AAAA-MM-JJ

Numéro de téléphone : Sexe :  Masculin  Féminin

Date de l’entrevue :

Par :

Responsable de l’entrevue

ANTÉCÉDENTS SPORTIFS

Sport de gymnastique :  Actuellement Depuis :

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :  Actuellement Depuis :

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :  Actuellement Depuis :

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :  Actuellement Depuis :

CHEMINEMENT SCOLAIRE

L’athlète a-t-il quitté l’école?  Oui  Non Dernier niveau complété :

L’athlète a-t-il répété une année ?  Oui  Non Précisez le niveau :

L’athlète a-t-il sauté une année ?  Oui  Non Précisez le niveau :

L’athlète a-t-il des difficultés d’apprentissage ?  Oui  Non   
 Précisez la/les difficulté(s) :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Vous trouverez ci-dessous la liste de vérification des antécédents médicaux. Si un élément est applicable, veuillez cocher la case appropriée et inscrire la précision requise.

Par exemple :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Neurologique (ex. : épilepsie, sclérose en plaques) |  | Épilepsie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Antécédents médicaux** |  | **Précision(s) requise(s)** |
| Cardiaque (ex. : hypertension, angine) |  |  |
| Respiratoire (ex. : asthme, emphysème) |  |  |
| Métabolique (ex. : diabète, hypoglycémie) |  |  |
| Musculo-squelettique (ex. : arthrose, dorsalgie) |  |  |
| Neurologique (ex. : épilepsie, sclérose en plaques) |  |  |
| Cancer (ex. leucémie, tumeur au cerveau) |  |  |
| Troubles de la vision |  |  |
| Troubles de l'audition |  |  |
| Trouble de déficit de l'attention  (avec ou sans hyperactivité) |  |  |
| Avez-vous subi des opérations? |  |  |
| Prenez-vous des médicaments? |  |  |
| Avez-vous subi une anesthésie générale? |  |  |
| Accident avec impact à la tête et/ou commotion cérébrale? |  | Si oui, complétez la prochaine section |

Autre(s) information(s) importante(s) :

HISTORIQUE DE COMMOTION SOUPÇONNÉE ET DIAGNOSTIQUÉE

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incident** | **#1** | **#2** | **#3** | **#4** | **#5** | **#6** |
| **Date de l’événement (année/mois/jour)** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| **Durée des symptômes**  **(nombre de jours)** |  |  |  |  |  |  |
| **Circonstances dans lesquelles la commotion est survenue (ex. : coup à la tête, impact au corps, chute, accident)** |  |  |  |  |  |  |
| **Diagnostique du médecin (oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Perte de connaissance**  **(inscrire la durée)** |  |  |  |  |  |  |
| **Convulsions**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Mal de tête**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Douleur au cou**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Nausée**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Vomissement**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Pression dans la tête**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Étourdissement**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Engourdissement**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Confusion**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Somnolence**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Vision floue /vision double (oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Sensibilité à la lumière**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Sensibilité au bruit**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Sentiment d’être au ralenti (oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Sentiment d’être dans  la brume  (oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Sentiment de ne pas être comme d’habitude  (oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Difficulté à se concentrer (oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Difficulté à se souvenir**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Problème d’équilibre**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Fatigue ou baisse d’énergie  (oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Plus facilement émotif**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Irritabilité**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Tristesse**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Nervosité ou anxiété**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Difficulté à s’endormir**  **(oui - non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Dormir plus qu’à l’habitude  (oui – non)** | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| **Autre(s) : Précisez** |  |  |  |  |  |  |

Présentez-vous toujours certains de ces symptômes :  Oui  Non

Si un élément est applicable, veuillez préciser :