

Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique

Le test de performance vous poussera éventuellement jusqu'à votre limite personnelle de performance. Ce questionnaire permet d'évaluer si vous pouvez effectuer un test de performance sans contrôle médical préalable.

Veuillez répondre aux questions ci-dessous avec cohérence et bonne foi, sans vous départir d'une dose de bon sens «sain». Veuillez ensuite nous envoyer le questionnaire complété au moins une semaine avant le test, accompagné d'une ECG réalisée il y a moins de deux ans.

informations personnelles

date :

nom, prénom:

date de naissance:

rue:

NPA / lieu:

Par-Q

Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne devez participer qu'aux activités physiques supervisées par un professionnel de la santé?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Souffrez-vous de difficultés respiratoires, p. ex. essoufflement au repos ou durant un effort physique?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Souffrez-vous d'autres maladies? Si oui : lesquelles ?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple, au dos, au genou ou à la hanche) qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, des diurétiques)?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour traiter un trouble médical? Si oui, lesquels ?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Vous sentez-vous actuellement en bonne santé? Si non, quels problèmes rencontrez-vous?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Connaissez-vous <u>une autre raison</u> pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, nous nous réservons le droit de vous contacter et/ou d'effectuer un test de performance uniquement après un examen médical.

Questions sur l'activité sportive

Type de sport		Depuis (année)	Temps par semaine en heures	Volume par semaine en km
	<input type="radio"/> régulièrement <input type="radio"/> irrégulièrement			
	<input type="radio"/> régulièrement <input type="radio"/> irrégulièrement			
	<input type="radio"/> régulièrement <input type="radio"/> irrégulièrement			
	<input type="radio"/> régulièrement <input type="radio"/> irrégulièrement			

Veuillez évaluer votre forme physique générale en ce moment:

bonne forme forme normale peu en forme

Meilleures performances (facultatif)

Discipline	Performance	Année

Je sous-signé(e) affirme avoir lu, compris et complété le questionnaire et avoir reçu une réponse satisfaisante à chacune de mes questions.

lieu, date :

signature :