medbase SPORTS MEDICAL CENTER

swiss olympic APPROVED

Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q-AAP)

Nom, prénom : _____ **Date de naissance :** _____

Taille : _____ **Poids :** _____

Il est possible que vous soyez sollicité(e) jusqu'à votre limite personnelle de performance pendant le test. Ce questionnaire permet d'évaluer si vous pouvez effectuer un test de performance sans contrôle médical préalable.

Veuillez répondre aux questions ci-dessous en toute honnêteté et selon votre bon sens. Afin que nous puissions tenir compte de vos réponses, merci de nous retourner le questionnaire rempli au moins 3 jours avant la date de votre test.

1.	Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un problème cardiaque et que l'activité physique ne devait se faire que sous contrôle médical ?	☐ Oui	☐ No
2.	Avez-vous ressenti des douleurs dans la poitrine au repos ou lors d'un effort au cours du dernier mois ?	☐ Oui	☐ No
3.	Avez-vous des problèmes respiratoires au repos ou pendant un effort ?	☐ Oui	☐ No
4.	Avez-vous déjà tombé suite à un vertige ou perdu connaissance pendant un effort physique ?	☐ Oui	☐ No
5.	Souffrez-vous de problèmes osseux ou articulaires susceptibles de s'aggraver avec l'effort ?	☐ Oui	☐ No
6.	Un médecin vous a-t-il déjà prescrit des médicaments pour l'hypertension, le cœur ou les voies respiratoires ?	☐ Oui	☐ No
7.	Souffrez-vous d'autres maladies (cardiovasculaires, métaboliques, sanguines, pulmonaires) ? Si oui, lesquelles : _____	☐ Oui	☐ No
8.	Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquel : _____	☐ Oui	☐ No
9.	Connaissez-vous une autre raison qui vous empêcherait d'être physiquement actif(ve) ? Si oui, laquelle : _____	☐ Oui	☐ No

Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions, nous nous réservons le droit de vous contacter et/ou de n'effectuer le test qu'après un examen médical.

Je confirme avoir lu et compris le questionnaire, et avoir répondu en toute sincérité.

Lieu et date : _____ **Signature :** _____

medbase SPORTS MEDICAL CENTER

swiss olympic APPROVED

Questionnaire de test de performance (PAR-Q)

Discipline (principale en premier)		Depuis (année)	Temps par semaine (heures)	Distance par semaine (km)
	☐ régulière ☐ irrégulière			
	☐ régulière ☐ irrégulière			
	☐ régulière ☐ irrégulière			

Niveau de forme actuel : ☐ bien entra´n®(e) ☐ moyennement ☐ non entra´n®(e)

Phase : ☐base ☐ précompétition ☐ compétition ☐ réhabilitation

Meilleur perfomance : Discipline: _____ Performance: _____ Date: _____

Alimentation:

Suivez-vous actuellement un régime (Atkins, Low-Carb, etc. ?) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel _____

Prenez-vous régulièrement des compléments alimentaires (vitamines etc.)? ☐ Oui ☐ Non

Si ou, lequels _____

Newsletter:

☐ Je souhaite recevoir 6 fois par an un article sur l'entraînement et la physiologie de la performance à l'adresse e-mail suivante : _____

---------- **Conditions avant le test (à remplir le jour du test)** ----------

Charge préalable :

Jour	Type	Durée totale				Intensité		
		< 60'	60-120'	> 120'	> 300'	faible	moyenne	élevée/intervalles
Aujourd'hui								
Hier								
Avant-hier								

Dernier repas Heure _____ Quoi _____

Caféine (12h précédentes) ☐ Non ☐ Oui, quantité/type _____

Alcool (veille) ☐ Non ☐ Oui, quantité/type _____

Maladie (14 derniers j.) ☐ Aucune ☐ _____

Symptômes le jour du test ☐Aucune ☐ _____

État de forme : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (1 = mauvaise, 10 = excellente)

Test-motivation : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (1 = aucune, 10 = maximale)