

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

PARTIE 1

Informations sur la personne

A. Informations personnelles

Prénom et nom

Adresse postale

Téléphone (maison)

Téléphone (bureau)

Cellulaire

Sexe (encerclez) (RF) : homme femme

/ /

Date de naissance (jour/mois/année)

B. Informations sur le travail

1. Nombre d'heures au travail par semaine (encerclez) : moins de 20 20-40 41-60 plus de 60

2. Plus de 25 % du temps passé au travail est passé (encerclez)

Assis au bureau À lever ou transporter des charges Debout À marcher À conduire

C. Contacts

Médecin personnel (EI)

Personne à rejoindre en cas d'urgence

Téléphone

PARTIE 2

Histoire médicale

1. Encerclez n'importe lequel(s) des membres de votre famille qui est (sont) décédé(s) d'une crise cardiaque avant 50 ans (RF)

Père

Mère

Frère

Sœur

Grand-parent

Autre(s) _____

/ /

Dernier examen médical (jour/mois/année)

/ /

Dernière évaluation de la condition physique (jour/mois/année)

2. Encerclez les opérations que vous avez eues

au dos (<i>SLA</i>)	au yeux (<i>SLA</i>)	une hernie (<i>SLA</i>)
au cœur (<i>MC</i>)	aux articulations (<i>SLA</i>)	aux poumons (<i>SLA</i>)
aux reins (<i>SLA</i>)	aux oreilles (<i>SLA</i>)	autres _____

3. Encerclez tous les problèmes de santé pour lesquels vous avez été diagnostiqué ou traité par un médecin ou un professionnel de la santé

Alcoolisme (<i>SEP</i>)	Diabète (<i>SEP</i>)	Obésité (<i>RF</i>)
Anémie (<i>SEP</i>)	Douleur au cou (<i>SLA</i>)	Perte auditive (<i>SLA</i>)
Arthrite rhumatoïde (<i>SEP</i>)	Douleur au dos (<i>SLA</i>)	Phlébite (<i>MC</i>)
Asthme (<i>SEP</i>)	Emphysème (<i>SEP</i>)	Problèmes cardiaques (<i>MC</i>)
A.V.C. (<i>MC</i>)	Épilepsie (<i>SEP</i>)	Problèmes aux reins (<i>MC</i>)
Bronchites chroniques (<i>SEP</i>)	Goutte (<i>SLA</i>)	Problèmes thyroïdien (<i>SEP</i>)
Cancer (<i>SEP</i>)	Hémophilie (<i>SEP</i>)	Problèmes aux yeux (<i>SLA</i>)
Cirrhose du foie (<i>MC</i>)	Hyperlipidémie (<i>RF</i>)	Ulcère (<i>SEP</i>)
Commotion cérébrale (<i>MC</i>)	Hypertension (<i>RF</i>)	Autres _____
Défaut congénital (<i>SEP</i>)	Hypoglycémie (<i>SEP</i>)	
	Maladie mentale (<i>SEP</i>)	
	Mononucléose (<i>MC</i>)	

4. Encerclez les médicaments consommés dans les derniers 6 mois

Anti-arythmique (<i>MC</i>)	Digitale (<i>MC</i>)	Médicament épileptique (<i>SEP</i>)
Anti-hypertension (<i>MC</i>)	Diurétique (<i>MC</i>)	Nitroglycérine (<i>MC</i>)
Anticoagulant (<i>MC</i>)	Insuline (<i>MC</i>)	Autres _____
Diabète (<i>SEP</i>)		

5. Tous les symptômes listés ci-après qui apparaissent fréquemment doivent faire l'objet d'une attention médicale. Encercler le nombre indiquant la fréquence à laquelle vous avez ressenti les symptômes suivants :

5 = très souvent 4 = souvent 3 = quelquefois 2 = occasionnellement 1 = pratiquement jamais

- a) cracher du sang (MC) : 1 2 3 4 5
- b) douleurs abdominales (MC) : 1 2 3 4 5
- c) douleurs lombaires (MC) : 1 2 3 4 5
- d) douleurs aux jambes (MC) : 1 2 3 4 5
- e) douleurs aux bras ou aux épaules (MC) : 1 2 3 4 5
- f) douleurs à la poitrine (MC) : 1 2 3 4 5
- g) inflammation aux jointures (MC) : 1 2 3 4 5
- h) se sentir faible (MC) : 1 2 3 4 5
- i) étourdissements (MC) : 1 2 3 4 5
- j) essoufflement lors d'un exercice léger (MC) : 1 2 3 4 5
- k) palpitations ou pulsations rapides (MC) : 1 2 3 4 5
- l) fatigue anormale lors d'activités physiques normales (MC) : 1 2 3 4 5

PARTIE 3 Habitudes de vie

Encercler :

1. Est-ce que vous fumez? Oui Non

Si oui, indiquez la quantité de cigarettes fumées par jour :

1-9 10-19 20-39 40 ou plus

Cigares ou pipes : 5 ou plus en inhalant moins que 5 sans inhaler

2. Faites-vous de l'exercice régulièrement ? Oui Non

3. Combien de jours par semaine accumulez-vous 30 minutes d'activités physiques modérées?

1 2 3 4 5 6 7

4. Combien de jours par semaine réalisez-vous au moins 20 minutes d'activités physiques intenses?

1 2 3 4 5 6 7

5. Pouvez-vous marcher 6 kilomètres rapidement sans fatigue? Oui Non

6. Pouvez-vous jogger 4 kilomètres continuellement à une allure modérée sans fatigue? Oui Non

Votre poids actuel (kg) Il y a environ 1 an (kg) À 21 ans (kg)

PARTIE 4
Attitudes reliées à la santé

1. Les caractéristiques suivantes ont été associées à un comportement favorisant l'apparition d'une maladie coronarienne. Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à la perception que vous en avez.

6= fortement d'accord 5= moyennement d'accord 4= un peu en accord
3=un peu en désaccord 2= moyennement en désaccord 1= fortement en désaccord

Je suis impatient, toujours à la course et une personne qui travaille très fort

1 2 3 4 5 6

2. Décrivez toute condition qui n'a pas été identifiée dans ce questionnaire qui pourrait vous empêcher de passer une évaluation de votre condition physique ou de débiter un programme de conditionnement physique.

Légende des symboles utilisés dans le questionnaire

EI : Information en cas d'urgence – doit être déjà disponible

MC : Requiert une opinion médicale – ne pas permettre la pratique de l'exercice sans la permission du médecin

SEP : Nécessite des procédures spéciales d'urgence – ne laisser par le participant s'exercer seul
S'assurer que la ou le partenaire d'exercice sait quoi faire en cas d'urgence.

RF : Facteurs de risque de la maladie coronarienne (matériel éducatif et conférences nécessaires)

SLA : Des activités restrEIntes ou spéciales peuvent être nécessaires - vous pouvez inclure ou exclure des exercices spécifiques

Autres : Information personnelle pouvant être utile pour compilation ou recherche (pas signalé)