

WORLD TRIATHLON

PPE QUESTIONNAIRE - FRENCH

Les informations apparaissant dans ce document, de nature confidentielles et couvertes par le secret médical, sont destinées à l'usage exclusif de mon médecin d'équipe et à lui/elle seul(e).

Toute modification, distribution ou reproduction de ce document est strictement interdite.

Prénom

.....

Nom

.....

Fédération nationale

.....

Date de naissance

.....

Adresse

.....

.....

Téléphone

.....

Email

.....

ANTECEDENTS PERSONNELS	OUI	NON
1. Avez-vous déjà perdu connaissance en plein exercice physique ?		
2. Avez-vous déjà ressenti une sensation d'oppression thoracique ?		
3. Le fait de courir provoque-t-il chez vous une sensation d'oppression thoracique ?		
4. Avez-vous déjà été gêné, lors de la pratique d'un sport, par une sensation d'oppression thoracique, une toux ou des sifflements respiratoires ?		
5. Avez-vous déjà été traité/hospitalisé pour de l'asthme ?		
6. Avez-vous déjà eu des convulsions ?		
7. Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez d'épilepsie ?		
8. Vous a-t-on déjà demandé d'abandonner la pratique d'un sport en raison de problèmes de santé ?		
9. Vous a-t-on déjà dit que votre tension artérielle était élevée ?		
10. Vous a-t-on déjà dit que votre taux de cholestérol était élevé ?		
11. Ressentez-vous une gêne respiratoire ou tousez-vous durant ou après un exercice physique ?		
12. Avez-vous déjà ressenti des vertiges durant ou après un exercice physique ?		

13. Avez-vous déjà ressenti une douleur thoracique durant ou après un exercice physique ?		
14. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des battements cardiaques rapides ou irréguliers ?		
15. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des battements cardiaques rapides ou irréguliers ?		
16. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez un souffle au cœur ?		
17. Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez d'arythmie cardiaque ?		
18. Avez-vous eu une grave infection virale au cours du dernier mois (par exemple : myocardite ou SARS-COVID19 ou mononucléose) ?		
19. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de rhumatisme articulaire aigu ?		
20. Souffrez-vous d'allergies ?		
21. Prenez-vous des médicaments à l'heure actuelle ?		
22. Avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des deux dernières années ?		

ANTECEDENTS FAMILIAUX	OUI	NON
Un membre de votre famille, de moins de 50 ans:		
23. Est-il mort de façon subite ou inattendue ?		
24. A-t-il été traité pour perte de connaissance récurrente ?		
25. A-t-il eu une attaque inexplicée ?		
26. S'est-il noyé de façon inexplicée au cours d'une baignade ?		
27. A-t-il eu un accident de voiture inexplicé ?		
28. A-t-il subi une transplantation cardiaque ?		
29. Possède-t-il un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur implantable ?		
30. A-t-il été traité pour arythmie ?		
31. A-t-il subi une opération de chirurgie cardiaque ?		
32. Y a-t-il eu "mort subite du nourrisson" dans votre famille ?		
33. A-t-on déjà dit à un membre de votre famille qu'il souffrait du syndrome de Marfan ?		

Je certifie que toutes les informations sont exactes.

Signature de l'athlète

Signature du parent

Date: