

Annexe 1 : Questionnaire à visée cardiovasculaire recommandé par la Société Française de Médecine du Sport

Société Française de Médecine du Sport

FICHE D'EXAMEN MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE à la PRATIQUE D'UN SPORT

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL :

Questionnaire préalable à la visite médicale  
à remplir et signer par le sportif

Document à conserver par le médecin examinateur.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sport pratiqué : .....

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans | Oui | Non |
| - Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson)    | Oui | Non |

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

- |                                       |     |     |
|---------------------------------------|-----|-----|
| - Malaise ou perte de connaissance    | Oui | Non |
| - Douleur thoracique                  | Oui | Non |
| - Palpitations (cœur irrégulier)      | Oui | Non |
| - Fatigue ou essoufflement inhabituel | Oui | Non |

Avez-vous

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - Une maladie cardiaque  | Oui | Non |
| - Une maladie des vaisseaux  | Oui | Non |
| - Été opéré du coeur ou des vaisseaux  | Oui | Non |
| - Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu   | Oui | Non |
| - Une hypertension artérielle  | Oui | Non |
| - Un diabète   | Oui | Non |
| - Un cholestérol élevé   | Oui | Non |
| - Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres) | Oui | Non |
| - Eu une infection sérieuse dans le mois précédent   | Oui | Non |

Avez-vous déjà eu :

- |                                 |     |     |
|---------------------------------|-----|-----|
| - un électrocardiogramme        | Oui | Non |
| - un échocardiogramme           | Oui | Non |
| - une épreuve d'effort maximale | Oui | Non |

Avez-vous déjà eu ?

- |                                  |     |     |
|----------------------------------|-----|-----|
| - des troubles de la coagulation | Oui | Non |
|----------------------------------|-----|-----|

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (le joindre si possible)

Fumez-vous ? Oui Non

Si oui, combien par jour ?

Depuis combien de temps ?