

17 Souffrez-vous de problèmes dentaires ? \_\_\_\_\_

- Douleurs fréquentes  Problème d'orthodontie
- Infection dentaire  Autre
- NON

18 Avez-vous subi une autre pathologie et/ou un acte opératoire ? \_\_\_\_\_

- Digestive  Immunitaire  NON
- Urinaire  Hématologique
- Immunitaire  Endocrinienne

19 Devez-vous renouveler vos vaccins ? \_\_\_\_\_

- DT-Polio  Autre  NON
- Hépatite B  Ne plus savoir

20 Suivez ou suiviez-vous récemment un traitement ? \_\_\_\_\_

- Cardiologique  Respiratoire  NON
- Métabolique  Neurologique
- Sanguin  Hormonal
- Autre

Pour les femmes

22 Problème de cycles ? \_\_\_\_\_

- Aucun  Pas encore réglée  Grossesses
- Aucune  Cycles irréguliers  Césariennes
- Pilule  Absents  Fausses couches
- Stérilet  Ménopausée  IVG
- Patch  Enceinte  Opérations
- Autre  Autre  Autre

23 Antécédents obstétricaux ? \_\_\_\_\_

- Aucun  Grossesses
- Césariennes
- Fausses couches
- IVG
- Opérations
- Autre

Questionnaire établi sur le modèle de la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport pour la réalisation d'un bilan médical préalable à la pratique d'un sport ou à la reprise d'une activité physique. Par le présent document vous autorisez votre médecin à saisir vos réponses dans un système informatique sécurisé et conforme aux exigences de la loi sur la protection des données de santé fixée par la CNIL. Vous pouvez donc en demander la restitution ou la suppression à l'adresse ci-dessous mentionnée. Enfin, dans un souci de performance et de sécurité, vous recomposez l'exactitude des déclarations ainsi faites ci-dessus !

Fait à :

Le : / / 201

Nom :

Prénom :

Signature :

monbilansportsanté

Questionnaire préalable à votre bilan accessible sur  
[www.monbilansportsante.fr](http://www.monbilansportsante.fr)

● Réponse unique

■ Réponses multiples

Je réponds  
et signe ma  
déclaration

1 Vous êtes ? \_\_\_\_\_

Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

- Homme
- Femme

Vous vous sentez :

- Plutôt bien
- Plus ou moins bien
- En état de stress
- Fatigué(e) au réveil
- En fin de traitement
- Malade

Vous avez vu votre médecin : \_\_\_\_\_

- Dans l'année
- Il y a plus d'un an

Taille : [ ] m [ ] cm

Poids : [ ] kg

Sur smartphone



Faites le en ligne

2 Mangez-vous des fruits et des légumes tous les jours ? \_\_\_\_\_

- Oui de 2 à 5 /j
- Oui plus de 5 /j

 NON

3 Faites-vous des repas riches en sucres et en graisses ? \_\_\_\_\_

- Plusieurs fois par semaine
- Très régulièrement

 NON

4 Buvez-vous régulièrement ? \_\_\_\_\_

- Occasionnellement
- 2 verres / jour
- 3 verres / jour
- 4 verres ou plus

 NON

5 Avez-vous déjà fumé ? \_\_\_\_\_

- Occasionnellement
- ½ paquet / jour
- 1 paquet / jour
- 1,5 paquets / jour
- 2 paquets / jour
- 2,5 et + paquets / jour

 NON

Depuis l'âge de :

[ ] ans

Année de l'arrêt (\*) :

[ ]

(\*) Ne pas remplir si vous fumez toujours

6 Pratiquez-vous une activité sportive ? \_\_\_\_\_

Oui de façon :

- Intensive  
 Soutenue  
 Régulière  
 Occasionnelle

Non et vous qualifiez de :

- Actif au quotidien  
 Modérément actif  
 Plutôt sédentaire

Vous êtes plutôt :

- Partisan du moindre effort  
 Respectueux de vos limites  
 Compétiteur  
 Décidé à ne rien lâcher

Discipline principale ou de prédilection

Discipline secondaire

7 Connaissez-vous des antécédents médicaux dans votre famille ? \_\_\_\_\_

- Mort subite avant 50 ans  
 Mort subite d'un nourrisson  
 Maladie cardiaque  
 Diabète  
 Cholestérol

- Obésité  
 Cancer  
 Maladie génétique  
 Ostéoporose  
 Autre

NON

8 Connaissez-vous des problèmes cardio-vasculaires ? \_\_\_\_\_

- Maladie Cardiaque  
 Maladie des vaisseaux  
 Opération du cœur  
 Opération des vaisseaux

- Souffle cardiaque  
 Troubles du rythme  
 Autre

NON

9 Ressentez-vous des douleurs dans l'effort ? \_\_\_\_\_

- Douleurs thoraciques  
 Essoufflement anormal  
 Palpitations

- Malaises  
 Fatigues anormales  
 Autre

NON

10 Avez-vous des troubles du métabolisme ? \_\_\_\_\_

- Hypertension  
 Diabète insulino-dépendant (1)  
 Diabète insulino-résistant (2)  
 Taux de cholestérol élevé  
 Taux de triglycérides élevé

- Infection sévère  
 Troubles de la coagulation  
 Carence martiale (fer)  
 Dysthyroïdie  
 Autre

NON

11 Connaissez-vous des allergies ? \_\_\_\_\_

- Respiratoires (Asthme ou autre)  
 Cutanées  
 Oedème de Quincke
- Chocs allergiques  
 Médicamenteuses  
 Autre

NON

12 Souffrez-vous du dos ? \_\_\_\_\_

- Cervicalgie  
 Lombalgie  
 Dorsalgie  
 Sciatalgie  
 Cruralgie  
 Autre
- Anomalie de la colonne  
 Cyphose  
 Lordose  
 Scoliose  
 De la croissance

NON

13 Connaissez-vous des problèmes osseux ou ostéo-articulaires ? \_\_\_\_\_

- Musculaires  
 Tendineux  
 Osseux ou articulaires  
 Autre

NON

14 Connaissez-vous des chocs ou des troubles cérébraux ? \_\_\_\_\_

- Traumatisme crânien  
 Perte de connaissance  
 Crise de dépilepsie
- Crises de tétanie  
 Troubles consécutifs à un AVC  
 Acte neurochirurgical  
 Autre

NON

15 Avez-vous des troubles de la vue ? \_\_\_\_\_

- Port de lunettes  
 Port de lentilles
- Myope  
 Astigmatisme  
 Hypermétrope  
 Presbytie  
 Autre

NON

16 Souffrez-vous de troubles ORL ? \_\_\_\_\_

- Mauvaise audition  
 Troubles de l'équilibre
- Infections récurrentes  
 Acte chirurgical  
 Autre

NON