

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

Avez-vous déjà été opéré ? .....  non .....  oui

Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour

traumatisme crânien .....	<input type="checkbox"/> non .....	<input type="checkbox"/> oui
perte de connaissance .....	<input type="checkbox"/> non .....	<input type="checkbox"/> oui
épilepsie .....	<input type="checkbox"/> non .....	<input type="checkbox"/> oui
crise de tétanie ou spasmophilie .....	<input type="checkbox"/> non .....	<input type="checkbox"/> oui

Avez-vous des troubles de la vue ? .....  non .....  oui  
si oui, portez-vous des corrections : .....  lunettes .....  lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition .....  non .....  oui

Avez-vous eu des troubles de l'équilibre .....  non .....  oui

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des événements 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 cœur 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
Une infection sérieuse dans le mois précédent	Oui	Non

Avez-vous déjà eu :

- un électrocardiogramme .....	<input type="checkbox"/> non .....	<input type="checkbox"/> oui
- un échocardiogramme .....	<input type="checkbox"/> non .....	<input type="checkbox"/> oui
- une épreuve d'effort maximale .....	<input type="checkbox"/> non .....	<input type="checkbox"/> oui

Avez-vous déjà eu ?

- des troubles de la coagulation .....	<input type="checkbox"/> non .....	<input type="checkbox"/> oui
----------------------------------------	------------------------------------	------------------------------

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

Fumez-vous ? .....  non .....  oui,  
si oui, combien par jour ? ..... Depuis combien de temps ? .....

Avez-vous - des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme)  non  oui

- des allergies cutanées .....  non .....  oui

- des allergies à des médicaments .....  non .....  oui

si oui, lesquels .....

Prenez-vous des traitements

- pour l'allergie ? (si oui, lesquels) .....  non .....  oui

- pour l'asthme ? (si oui, lesquels) .....  non .....  oui

Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites .....  non .....  oui

Vos dents sont-elles en bon état ? (si possible, joindre votre dernier bilan dentaire) ...  non .....  oui

Avez-vous déjà eu ?

- des problèmes vertébraux : .....  non .....  oui

- une anomalie radiologique : .....  non .....  oui

Avez-vous déjà eu : ( précisez le lieu et quand )

- une luxation articulaire .....  non .....  oui

- une ou des fractures .....  non .....  oui

- une rupture tendineuse .....  non .....  oui

- des tendinites chroniques .....  non .....  oui

- des lésions musculaires .....  non .....  oui

- des entorses graves .....  non .....  oui

Prenez-vous des médicaments actuellement, .....  non .....  oui

Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement .....  non .....  oui

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus .....

Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos polio  non  oui Hépatite  non  oui Autres,

précisez : .....

Avez-vous eu une sérologie HIV :  non .....  oui

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.**

- À quel âge avez-vous été réglée ? .....
- Avez-vous un cycle régulier ? .....  non .....  oui
- Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? .....  non .....  oui
- Combien de grossesses avez-vous eu ?.....
- Prenez-vous un traitement hormonal ? .....  non .....  oui
- Prenez-vous une contraception orale ? .....  non .....  oui
- Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?.....  non .....  oui
- Suivez-vous un régime alimentaire ?.....  non .....  oui
- Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ? .....  non .....  oui
- Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ?.....  non .....  oui
- Avez-vous une affection endocrinienne ?.....  non .....  oui
- Si oui, laquelle ?.....
- Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ? .....