



### Questionnaire de santé de reprise d'Activité Physique

Ce questionnaire de santé vous permet de savoir dans quelle mesure vous pouvez reprendre une activité physique et si un certificat médical est nécessaire

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom, prénom et téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :

.....  
.....

Nom, prénom et téléphone de votre médecin traitant

.....  
.....

| durant les derniers mois  |                                   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| vous avez eu des symptômes du covid 19 *                          | <input type="checkbox"/> non<br>↓ | <input type="checkbox"/> oui<br>→ | je consulte mon médecin pour avoir son avis sur la reprise d'une activité physique je lui demande un <b>certificat médical</b> de non contre-indication à la pratique de l'AP |
| vous avez été en contact avec une personne diagnostiquée covid 19 | <input type="checkbox"/> non<br>↓ | <input type="checkbox"/> oui<br>→ |   |

\* rappel des symptômes du covid 19



symptômes graves

- ◆ difficultés à respirer ou essoufflement
- ◆ sensation d'oppression ou douleur au niveau de la poitrine
- ◆ perte d'élocution ou de motricité

symptômes les plus fréquents :

- ◆ fièvre
  - ◆ toux
  - ◆ fatigue anormale
- symptômes moins fréquents
- ◆ perte brutale de l'odorat ou du goût
  - ◆ conjonctivite
  - ◆ maux de gorge

Nous vous invitons à faire cette partie du questionnaire **avant chaque séance** d'activité physique

| à ce jour                          |                                   |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| j'ai une douleur dans la poitrine  | <input type="checkbox"/> non<br>↓ | <input type="checkbox"/> oui<br>→ |
| je suis anormalement essoufflé(e)  | <input type="checkbox"/> non<br>↓ | <input type="checkbox"/> oui<br>→ |
| je ressens des palpitations        | <input type="checkbox"/> non<br>↓ | <input type="checkbox"/> oui<br>→ |
| je suis anormalement fatigué(e)    | <input type="checkbox"/> non<br>↓ | <input type="checkbox"/> oui<br>→ |
| j'ai une perte d'odorat ou de goût | <input type="checkbox"/> non<br>↓ | <input type="checkbox"/> oui<br>→ |
| j'ai une température ≥ à 38°C      | <input type="checkbox"/> non<br>↓ | <input type="checkbox"/> oui<br>→ |
| je tousse (apparition ou reprise)  | <input type="checkbox"/> non<br>↓ | <input type="checkbox"/> oui<br>→ |

je consulte mon médecin

Toute personne présentant l'un des symptômes ci-dessus ne sera pas acceptée dans le groupe

| Durant les 12 derniers mois   | oui                      | non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si vous avez arrêté l'activité physique pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| A ce jour   | oui                      | non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire survenu durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| votre pratique physique est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu **Non** à toutes les questions : bienvenue aux prochaines séances d'activité physique.

Si vous avez répondu **Oui** à une ou plusieurs questions : consultez votre médecin et demandez-lui un certificat médical de non contre-indication à la pratique

Fait en 2 exemplaires

Signature

Date