



# CITADINS

## Services médico-sportifs Questionnaire pré-participation

### SECTION 1

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: M F

Sport: \_\_\_\_\_

Programme et années d'études : \_\_\_\_\_ École \_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance santé: Personnelle Familiale (parents) Non-assuré

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie: \_\_\_\_\_ Expiration: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_ Cellulaire: ( ) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresse permanente (si différente): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_

### Médecin de famille

Nom: \_\_\_\_\_

Ville/Province: \_\_\_\_\_

### Personne à contacter en cas d'urgence:

Nom \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_

Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux familiaux**

- 1. Diabète .....
- 2. Problèmes cardiaques tels que cardiomyopathie, syndrome de Marfan, syndrome du long QT, arythmie cardiaque, angine, infarctus, « gros cœur » ou autres .....
- si oui, précisez :
  
- 3. Niveau du cholestérol élevé
- 4. Hypertension artérielle .....
- 5. Cancer.....
- Si oui, précisez :
- 6. Arthrite.....
- 7. Tuberculose récente .....
- 8. Décès inexplicable (mort subite) ou pour des raisons cardiaques.....
- si oui à quel âge :
- 9. Invalidité due à un problème d'origine cardiaque, si oui à quel âge.....
- 10. Anémie ou saignements anormaux .....
- 11. Autres (précisez)

**Antécédents médicaux personnels**

- 1. Avez-vous déjà été hospitalisé? .....
- si oui, quand et pour quelle(s) raison(s) :
  
- 2. Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales ? .....
- si oui, quand et lesquelles :
  
- 3. Avez-vous déjà subi une blessure grave ? .....
- si oui, précisez :
  
- 4. Avez-vous déjà eu une maladie grave ? .....
- si oui, précisez :

5. Prenez vous actuellement des médicaments, suppléments, vitamines? (si oui, lesquels)

NOM	DOSE	FRÉQUENCE D'UTILISATION

6. Avez-vous des allergies aux médicaments, aux aliments, aux insectes, aux animaux, aux pansements, au pollen, aux plantes, à la poussière ou autres? .....  
si oui, spécifiez :

7. Avez-vous déjà eu de l'urticaire qui s'est développé pendant ou après l'exercice?.....

8. Consommez-vous de l'alcool ? .....  
nombre de consommations par semaine :

9. Fumez-vous (cigarette ou autre) ? .....  
précisez:

10. Consommez-vous des drogues de rue ? .....  
précisez quoi et quantité/semaine :

11. Avez-vous reçu un diagnostic de COVID?  
si oui, précisez la date et la durée des symptômes:

## Blessures à la tête

1. Avez-vous déjà subi une commotion cérébrale ?.....  
Combien de fois : \_\_\_\_\_  
Dates de chaque épisode :
2. Avez-vous déjà eu des pertes de mémoire à la suite d'un traumatisme à la tête, au visage ou au cou? .....  
Combien de fois : \_\_\_\_\_
3. Avez-vous déjà perdu conscience à la suite d'un traumatisme à la tête, au visage ou au cou? .....  
Combien de fois : \_\_\_\_\_  
Durée des pertes de conscience :.....
4. Avez-vous déjà eu des problèmes persistants à la suite d'un trauma à la tête, au visage ou au cou? (maux de tête, troubles de concentration, difficulté à dormir, troubles visuels.....).....
5. Avez-vous déjà été hospitalisé à la suite d'une blessure à la tête ou au visage ?  
Date de l'hospitalisation : .....  
Durée de l'hospitalisation .....
6. Avez-vous déjà subi des tests en radiologie à la suite d'un traumatisme à la tête ou au visage? (ct scan, résonance magnétique) .....
7. Une blessure à la tête ou au visage vous a-t-elle déjà empêché de pratiquer des sports?.....
8. Avez-vous des maux de têtes récurrents ?.....
9. Avez-vous déjà eu des convulsions, de l'épilepsie ? .....

## Problèmes au niveau des yeux, du nez, de la bouche et des oreilles

1. Avez-vous des problèmes avec vos yeux?  
si oui, lesquels : .....
  2. Portez-vous des lunettes ou des verres de contact? .....
  3. Avez-vous des problèmes d'audition?.....  
si oui, lesquels :.....
  4. Avez-vous des saignements de nez récurrents? .....
  5. Avez-vous des sinusites ou des otites à répétition? .....
  6. Avez-vous des broches ou des prothèses dentaires? .....
  7. Avez-vous des problèmes dentaires? .....
- Précisez :
8. Portez-vous un protecteur buccal? .....
  - si oui, quel type :
  9. Avez-vous un piercing à la langue, au nez ou au tronc? .....
  - si oui, précisez :

## Problèmes métaboliques

1. Souffrez-vous du diabète? .....
2. Avez-vous déjà été malade à cause de la chaleur? .....
3. Avez-vous déjà perdu conscience en raison de la chaleur ? .....
4. Avez-vous déjà eu des crampes musculaires ou des crampes dues à la chaleur ? ..
5. Êtes-vous satisfait de votre poids?.....
6. Tentez-vous actuellement de prendre ou de perdre du poids? .....
7. Est-ce que vous avez ou déjà eu une carence en fer? .....
8. Est-ce que vous avez ou déjà eu une carence en vitamine B12? .....
9. Est-ce que vous avez ou déjà eu une carence en Vitamine D? .....
10. Suivez-vous une diète ?.....
11. Êtes-vous végétarien(ne) ou végétalien(ne)? .....
12. Utilisez-vous des diurétiques ou des laxatifs? .....
13. Avez-vous déjà eu un diagnostic de trouble alimentaire? .....
14. Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez? .....
15. Avez-vous récemment perdu plus de 6,8 kg (15 lb) en moins de 3 mois? .....
16. Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince? .....

## Problèmes cardiovasculaires

1. Êtes-vous étourdi lors d'activités physiques ? .....
2. Avez-vous déjà senti que vous alliez perdre conscience ou perdu conscience lors d'activités physiques à la vue du sang, aux douleurs ou aux émotions fortes ?.....  
si oui, \_\_\_\_\_ et indiquez la date :
3. Avez-vous des douleurs, un serrement, une pression, ou un inconfort à la poitrine lors d'activités physiques ?.....
4. Êtes-vous plus essoufflé qu'à l'habitude ou que les autres à l'exercice? .....
5. Devenez-vous fatigué plus rapidement que les autres durant l'exercice? .....
6. Avez-vous des problèmes de pouls très rapide ou irrégulier ou des palpitations? .....
7. Vous a-t-on déjà diagnostiqué un souffle au cœur ? .....
8. Avez-vous déjà eu des problèmes de haute pression ? .....
9. Avez-vous déjà eu des problèmes de cholestérol élevé?.....
10. Avez-vous déjà eu un de ces diagnostics : péricardite, myocardite, endocardite, fièvre rhumatismale, maladie de Kawasaki?.....  
si oui, \_\_\_\_\_ et indiquez la date :
11. Un médecin vous a-t-il déjà recommandé de ne pas participer à une activité physique à cause d'un problème cardiaque? .....
12. Avez-vous déjà eu des convulsions? .....
13. Vous a-t-on déjà dit que vous souffriez d'épilepsie? .....

## Problèmes pulmonaires

1. Êtes-vous asthmatique ? (si oui, spécifiez depuis quand) .....
2. Avez-vous déjà été hospitalisé pour l'asthme? (si oui, spécifiez quand) .....
3. Avez-vous des infections respiratoires fréquentes?.....  
si oui, préciser :
4. Avez-vous des symptômes respiratoires pendant ou juste après l'activité physique? .....
- si oui, préciser :       Essoufflement exagéré  
                                  Toux incommode  
                                  Respiration sifflante  
                                  Oppression thoracique,  
                                  Sécrétions abondantes (nez/poumons)
5. Souffrez-vous de rhinite? (congestion, sécrétions, éternuements, picotement, toux).....
6. Est-ce que vous suivez un traitement avec vaccin désensibilisant (allergies respiratoires)? .....
7. Avez-vous déjà eu des maladies pulmonaires ?.....  
si oui, spécifiez :
8. Avez-vous déjà eu la tuberculose? .....
9. Avez-vous déjà subi une fracture de côte? .....
10. Avez-vous déjà eu un affaissement d'un poumon (pneumothorax)? .....
- si oui, spécifiez quand :
11. Savez-vous que certains médicaments sont interdits ou requièrent une autorisation par le Centre canadien d'éthique en sport (CCES)? .....

## Problèmes abdominaux

1. Avez-vous déjà eu des problèmes gastro-intestinaux ou des ulcères ?.....  
si oui, spécifiez : .....
2. Avez-vous déjà eu des problèmes rénaux ? (rein unique, polykystique, rein pelvien, insuffisance rénale, lithiases rénales...)  
si, oui, précisez : .....
3. Avez-vous déjà eu une blessure aux reins, à la rate ou au foie? .....
- si oui, précisez l'atteinte, la date et le traitement subi :  
.....
4. Avez-vous déjà eu une hémorragie interne? .....
- si oui, spécifiez le type et la date :
5. Avez-vous déjà eu une hernie inguinale ou ombilicale? .....
- Précisez \_\_\_\_\_ et la date de la chirurgie .....
6. Avez-vous des problèmes avec vos organes génitaux? (un seul testicule, masse.).....

Précisez :

## Problèmes cutanés

1. Souffrez-vous présentement d'herpès, de la gale, de molluscum contagiosum ou d'une autre infection de la peau? .....  
si oui, précisez :
2. Souffrez-vous d'eczéma? .....
3. Souffrez-vous de psoriasis? .....
4. Souffrez-vous d'un autre problème de peau? .....

## Problèmes infectieux

1. Avez-vous déjà eu une hépatite? .....
2. Êtes-vous HIV positif? .....
3. Avez-vous eu une infection virale sévère dans le dernier mois de type mononucléose ou myocardite? .....  
Préciser :
4. Avez-vous fait de la fièvre dans les derniers jours? .....

## Problèmes musculo-squelettiques

1. Avez-vous des crampes ou étirements musculaires récurrents? .....
2. Utilisez-vous une orthèse ou autre type de support pour faire du sport ? .....  
si oui, spécifiez :
3. Avez-vous déjà eu une injection de cortisone autour d'un tendon, dans une bourse ou une articulation? .....  
si oui, spécifiez la blessure et la date : .....
4. Avez-vous déjà eu une fracture de stress? .....

## Blessures cervicales et spinales

1. Avez-vous déjà ressenti des engourdissements et/ou de la faiblesse dans vos épaules, bras, mains, jambes ou pieds de manière persistante ou à la suite d'un traumatisme? .....  
Préciser :
2. Avez-vous déjà eu un pincement d'un nerf dans votre cou? .....
3. Avez-vous déjà subi une blessure au cou ? .....  
si oui, laquelle :
4. Avez-vous des douleurs au cou récurrentes? .....  
si oui, durée, activités/position provoquant la douleur :  
.....
5. Avez-vous déjà subi une blessure à la colonne dorsale? .....

- si oui, laquelle :
6. Avez-vous des douleurs dorsales récurrentes? .....  
si oui, durée, activités/position provoquant la douleur :  
.....
  7. Avez-vous déjà subi une blessure à la colonne lombaire? .....  
si oui, laquelle :
  8. Avez-vous des douleurs lombaires récurrentes? .....  
(si oui, durée, activités/position provoquant la douleur) .....  
.....
  9. Avez-vous subi des tests pour votre cou ou pour votre dos? (rayons-X,  
Ct scan, résonance, magnétique, EMG) .....  
Précisez le test, la date et le résultat :
  10. Avez-vous déjà subi des traitements pour un problème cervical, dorsal  
ou lombaire?.....  
si oui, lesquels :

## Épaule

1. Avez-vous déjà eu une blessure aux épaules?.....  
si oui laquelle et quel côté :
2. Avez-vous des douleurs récurrentes aux épaules? .....  
si oui précisez, durée, activités/position provoquant la douleur :
3. Avez-vous déjà eu une luxation d'épaule? .....  
Si oui, quelle(s) épaule(s) :

## Hanche

1. Avez-vous déjà eu une blessure aux hanches?.....  
si oui laquelle et quel côté :
2. Avez-vous des douleurs récurrentes aux hanches? .....  
si oui précisez, durée, activités/position provoquant la douleur :
3. Avez-vous déjà eu une sensation d'accrochage à la hanche? .....

## Genou

1. Avez-vous déjà eu une blessure aux genoux? .....  
si oui lequel et quel côté :
2. Avez-vous des douleurs récurrentes aux genoux? .....  
si oui précisez, durée, activités/position provoquant la douleur :

## Chevilles

1. Avez-vous déjà eu une blessure aux chevilles? .....  
si oui laquelle et quel côté :
2. Avez-vous des douleurs récurrentes aux chevilles? .....  
si oui précisez, durée, activités/position provoquant la douleur :
3. Avez-vous déjà eu une sensation de blocage à la cheville? .....
4. Avez-vous déjà eu une sensation d'instabilité aux chevilles? .....

Avez-vous déjà subi des fractures, entorses, dislocation, étirements ou autres blessures à l'une des régions suivantes?  
(marquez les régions atteintes)

Tête	Cou	Épaule	Coude	Poignet	Main	Doigt		
Dos	Hanche	Cuisse	Genou	Mollet/Tibia	Chevilles	Pied	Orteil	

Précisez les blessures subies, les dates et les traitements reçus:

Souffrez-vous actuellement d'une blessure qui n'est pas guérie? .....  
si oui, indiquez laquelle :

## Autres

Répondez aux questions suivantes en utilisant cette échelle.

- 0- Jamais
- 1- Parfois (sur une période de 2 semaines)
- 2- Souvent (sur une période de 2 semaines)

1. Je me sens triste même après une bonne séance d'entraînement ou une compétition réussie .....
2. J'ai rarement du plaisir à pratiquer mon sport et j'ai perdu l'intérêt pour mon sport.....
3. Je ressens peu de satisfaction face à mes réussites athlétiques.....
4. J'ai des difficultés avec mon appétit et mon poids .....
5. Je ne me sens pas reposé(e) quand je me réveille le matin.....
6. J'ai de la difficulté à rester concentré(e) lors de mes entraînements et de mes compétitions.....
7. Je pense à cesser la pratique de mon sport .....
8. Je prends de l'alcool ou des suppléments pour améliorer mon humeur.....
9. J'ai des idées suicidaires.....
10. J'ai des problèmes de sommeil .....
11. Je me sens déprimé(e), triste, anxieux(se) ou dépassé(e) par les événements.....

3. Indiquez la date de votre:

- Dernier vaccin contre le tétanos : \_\_\_\_\_
- Vaccin contre le COVID: 1ère dose: \_\_\_\_\_  
2è dose: \_\_\_\_\_
- Dernier examen de la vue : \_\_\_\_\_

Avez-vous subi des blessures ou eu des maladies non mentionnées au présent questionnaire?

---

**J'atteste que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets et exacts. Je consens à aviser immédiatement le personnel médical de l'équipe si un changement significatif survient dans mon état de santé à la suite de cet examen. J'autorise la divulgation de ces renseignements et de toute autre information pertinente aux médecins, entraîneurs et thérapeutes dans le cadre de mes activités sportives avec mon équipe. J'autorise la transmission de ces informations de façon confidentielle par tous les moyens, que ce soit verbalement, par écrit, par télécopieur ou par courrier électronique.**

je signe ce document numériquement

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées

Vérifié le:

par (physio):

Vérifié le:

par (médecin):

### Section 3 ..... À être complétée par le médecin

#### Information médicale

Grandeur : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Pouls : \_\_\_\_\_ % gras : \_\_\_\_\_

Pression artérielle: Assis : \_\_\_\_\_ Couché : \_\_\_\_\_

#### Examen médical

**Apparence** : Stigmates de Marfan (cyphoscoliose, palais arqué, pectus excavatum, arachnodactylie, longueur bras>grandeur, hyperlaxité, myopie, prolapsus mitral, insuffisance aortique)

**Yeux**: Acuité visuelle : D : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ G : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lunettes    Lentilles

MOC  Normal

PERLA  Normal

Fundi  Normal

Pupilles symétriques  Normal

**Oreilles** :  Normal

**Nez** :  Normal

**Gorge** :  Normal

**Dents** :  Normal

**Adénopathies** :  Normal

**Peau** : \_\_\_\_

#### **Pulmonaire:**

Bruits adventices

Examen pulmonaire normal

#### **Cardiovasculaire:**

Souffles (auscultation debout et couchée +/- Valsalva)  Normal

Bruits ajoutés  Normal

Pouls fémoral/radial  Normal

#### **Neurologique:**

ROT  Normal

Nerfs crâniens  Normal

Forces  Normal

Sensation  Normal

Démarche  Normal

Épreuves cérébelleuses  Normal

#### **Abdomen:**

Hépto/splénomégalie

Masses

Hernie

#### **Organes génitaux (hommes seulement)**

Testicule unique ou non descendu    oui  non     Au questionnaire    oui  non

Masse testiculaire    oui  non

## Examen Orthopédique

Flexibilité .....

Épreuves fonctionnelles : .....marche en canard.....saut unipodal.....

Tête .....

Cou .....

Dos .....

Épaules .....

Coudes .....

Poignets .....

Mains/doigts .....

Hanches .....

Genoux .....

Chevilles .....

Pieds/orteils .....

