

Questionnaire santé (confidentiel)

Ce questionnaire a pour but d'identifier les différents problèmes dont vous souffrez ou avez déjà souffert afin de s'assurer qu'ils ne seront pas aggravés par l'activité physique à laquelle vous êtes inscrit(e). Nous vous demandons de répondre le plus attentivement possible à toutes les questions et de nous retourner le questionnaire dûment complété et signé.

Toutes les informations que vous nous fournirez demeureront confidentielles. Seuls les intervenants concernés par le programme d'activités physiques auront accès à ces informations. Il est aussi possible que suite à vos réponses ces personnes vous demandent de consulter la clinique santé du cégep ou votre médecin de famille afin d'obtenir un avis médical plus éclairé.

| Fiche de renseignements personnels | | | |
|--|--------------------|---------------------|--|
| Prénom et nom : | | | |
| Âge : | Sexe : M____ F____ | Date de naissance : | |
| Adresse : | | Code postal : | |
| Ville : | | Téléphone : | |
| Courriel : | | | |
| PERSONNES À AVISER EN CAS D'URGENCE | | | |
| Nom : _____ | | Téléphone : _____ | |
| Nom : _____ | | Téléphone : _____ | |
| Quel est le nom de votre médecin de famille? _____ | | | |

Souffrez-vous actuellement de problèmes tels que :

Oui Non

Section 1

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Problèmes cardiaques, si oui, spécifiez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Varices importantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Phlébites | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hémophilie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Votre médecin vous a-t-il avisé de ne pas faire d'activité physique à cause d'un problème cardiaque? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Section 2

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous déjà ressenti ou ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Section 3 | | |
| 1. Dernièrement, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine au repos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Section 4 | | |
| 1. Fatigue anormale et/ou étourdissements importants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pertes de conscience fréquentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Section 5 | | |
| 1. Hernie, si oui, précisez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Arthrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Récidive de dislocation ou d'entorse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Problème de la colonne vertébrale, si oui, précisez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fracture importante ou compliquée, si oui, précisez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Intervention chirurgicale orthopédique, si oui, précisez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Section 6 | | |
| 1. Prenez-vous de façon régulière des médicaments pour un problème cardiaque ou respiratoire ou pour contrôler votre pression artérielle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous une autre condition physique qui vous empêcherait de faire de l'activité physique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, vous devriez consulter votre médecin avant de débiter toute activité physique afin de pouvoir cibler les activités physiques qui vous seraient interdites. Il est possible que vous n'ayez aucune restriction quant au choix de l'activité, mais plutôt au niveau de l'intensité de l'effort. Également, n'hésitez pas à consulter la clinique santé du Cégep de Granby, au local C-134.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions en toute honnêteté, vous pouvez débiter un programme d'exercices physiques en augmentant le niveau d'intensité de façon progressive.

Assurances sportives :

Il appartient à la personne de souscrire à une assurance personnelle couvrant les risques d'accident ou de blessure encourus lors de sa participation aux activités du Cégep.

J'atteste que tous les renseignements que j'ai fournis dans ce questionnaire sont véridiques et complets et j'accepte qu'ils soient divulgués aux intervenants responsables du programme d'activités physiques. J'assume personnellement toutes les responsabilités si j'ometts de divulguer un problème ou si j'en ignore l'existence. J'accepte de donner suite à toute demande du cégep pour passer un examen médical au besoin.

Date : _____ Signature : _____