



## DOCUMENT CONFIDENTIEL A CONSERVER PAR L'ADHERENT

### Renouvellement d'adhésion à Espace Rando - Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité. **Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.**

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

#### DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1° Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2° Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3° Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4° Avez-vous eu une perte de connaissance ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5° Etes-vous enceinte ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6° Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7° Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8° Souffrez-vous d'une maladie chronique  |                          |                          |
| 9° Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |                          |                          |

#### À CE JOUR :

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10° Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11° Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Nous vous conseillons de consulter votre médecin en lui présentant ce questionnaire rempli pour avoir son avis sur la poursuite de votre pratique