

DOCUMENT A PRESENTER A VOTRE MEDECIN TRAITANT

Questionnaire d'aide à la réalisation du certificat médical FFME

NE PAS IMPRIMER RECTO VERSO = CONFIDENTIALITE

Examen médical préalable à la prise de licence loisir Santé Sport dans un club de la Fédération Française de la Montagne et de l'Escalade

NOM : Prénom : Sexe : F M Né (e) le :
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine avant la maladie:
Spécialités sportives pratiquées avant la maladie:

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation médicale et à donner au médecin qui le complètera éventuellement

1°) Evaluation médico-physique du (de la) candidat(e) selon les critères définis par les sociétés françaises de médecine et de cardiologie du sport

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ?	oui	non
Si oui, précisez :		
Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ?	oui	non
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :		
Avez-vous déjà été opéré ?	oui	non
Précisions (année et type d'opération) :		
Etes-vous soigné pour :		
le cœur ?	oui	non
la tension artérielle ?	oui	non
le diabète ?	oui	non
le cholestérol ?	oui	non
Prenez - vous actuellement des médicaments?	oui	non
Si oui lesquels ?		
A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti		
une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?	oui	non
des palpitations (sensation de battements anormaux) ?	oui	non
un malaise ?	oui	non
Avez-vous déjà consulté un cardiologue ?	oui	non
Date du dernier électrocardiogramme ?	Résultat ?	
Date de la dernière prise de sang ?	Résultat ?	
Avez-vous des allergies ?	oui	non
Si oui, lesquelles ?		
Date de la dernière vaccination contre le tétanos ?		
Prenez vous des vitamines ou des compléments alimentaires ?	oui	non
Si oui lesquels ?		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		
Combien de verres de bières, vin ou autres alcool buvez-vous par jour ?		
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?		

