

**EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE ATHLE SANTE DANS UN CLUB
DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME**

NE PAS IMPRIMER RECTO VERSO = CONFIDENTIALITE

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

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation médicale et à donner au médecin pour compléter le dossier médical patient (Entourer la bonne réponse)

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) :

Êtes-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 ?

À 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 alcools buvez-vous par jour ?
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? oui non
Si oui précisez :

Je soussigné(e)
Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.
Date : Signature du sportif :

