

Nom :	_____	Prénom :	_____
Date de naissance :	____ / ____ / ____	Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme
Âge :	_____	Tél. :	<input type="checkbox"/> Femme
Adresse :	_____	Appartement :	_____
Ville :	_____	Code postal :	_____
Courriel :	_____	Grandeur :	Poids : _____

L'exercice physique pratiqué de façon régulière est sain, agréable et souhaitable pour la grande majorité des gens de 50 ans et plus. Il procure un sentiment accru de bien-être ainsi qu'une meilleure qualité de vie. En général, l'augmentation de la pratique sportive de façon lente et progressive n'entraîne pas de risques pour la santé. Par contre, dans certains cas, il est conseillé de se soumettre à un examen médical avant d'entreprendre un programme d'activités physiques. Ce questionnaire vise à mieux cerner les personnes visées par cette mesure.

Il est important de lire attentivement chacun des énoncés avant d'y répondre.

Soyez assuré de la confidentialité des données recueillies dans ce questionnaire.

	Oui	Non
1 Votre dernier examen médical complet date-t-il de plus de deux ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu'aux activités prescrites et approuvées par un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Perdez-vous soit connaissance ou soit l'équilibre à la suite d'un étourdissement ? (Ne pas répondre à cette question si vous n'avez jamais d'étourdissement).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient <u>s'aggraver</u> par l'activité physique proposée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Au repos, avez-vous <u>fréquemment</u> des battements cardiaques rapides irréguliers ou des battements très très lents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Êtes-vous à bout de souffle suite à un exercice modéré ou parfois au repos en position allongée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Avez-vous perdu 3 kg (6 lbs) ou plus au cours des derniers 6 mois sans avoir fait rien de particulier pour provoquer cette perte de poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
11 Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre :		
a) tension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) un problème cardiaque (par exemple : des diurétiques) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*	
12 Prenez-vous d'autres médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Si oui, lesquels et pour quelles raisons ?	<hr/> <hr/> <hr/>	
13 Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique ?	*	<input type="checkbox"/>
* Laquelle : _____		
14 Avez-vous des douleurs aux fesses ou derrière les jambes quand vous marchez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Avez-vous perdu, des suites d'une maladie cardiaque (infarctus ou mort subite)...		
...votre père ou votre frère alors qu'il était âgé de moins de 55 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...votre mère ou votre sœur alors qu'elle était âgée de moins de 65 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Avez-vous un taux <u>anormal</u> de cholestérol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Souffrez-vous de diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*	
18 Souffrez-vous de maladies chroniques, de limitations physiques ou d'allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Si oui, lesquels ? _____	<hr/>	
19 Avez-vous été inactif au cours des six derniers mois ?	*	<input type="checkbox"/>
* Si non, à quelles activités avez-vous participé ? _____		
20 Suite à votre dernier examen médical, quelles étaient les remarques de votre médecin concernant votre participation à un programme d'activité physique ?		
Je n'ai pas consulté de médecin à ce sujet.	<input type="checkbox"/>	
Il a encouragé ma participation.	<input type="checkbox"/>	
Avec certaines réserves, il a recommandé ma participation.	<input type="checkbox"/>	
Il n'a pas recommandé ma participation.	<input type="checkbox"/>	

Après analyse de vos réponses, votre kinésiologue vous indiquera si vous devez obtenir une permission écrite de votre médecin pour participer à un programme d'activité physique. Tout changement de votre état de santé en ce qui a trait aux questions ci-dessus doit être communiqué à votre kinésiologue.

Votre signature :

Date :

Nom de votre médecin :

Son téléphone :