

-18 ANS

.....

Tu es une fille ? ☐ Un garçon ? ☐ Ton âge ?      ans

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON                                                                                                                                                                |                          | OUI                      | NON |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                                                                                                                                     |                          |                          |     |
| Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant tout une journée ou plusieurs jours ?                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu été opéré(e) ?                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir ce qui s'était passé ?                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                |                          |                          |     |
| Te sens-tu très fatigué(e) ?                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |     |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| <b>Question à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                    |                          |                          |     |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave au cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |



**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**