

Questionnaire médico-sportif

(Version pour enfants et adolescents, 08.12.2023)

Nom, Prénom : _____	Date de naissance : _____
Rue : _____	Classe/Profession : _____
Code postal/Ville : _____	Tél. Privé : _____
E-mail : _____	Tél portable : _____

Sport et discipline sportive : _____	
Fédération/Club: _____	
Niveau de Cadre: _____	Cat. Swiss Olympic Card: _____
Coach: _____	

Médecin de famille ou pédiatre (avec adresse/tél) : _____
Médecin de la fédération (avec adresse/tél.) : _____
Physiothérapeute (avec adresse/tél.) : _____

Déclaration de consentement :

Je consens à ce que les résultats obtenus et les diagnostics posés dans le cadre de mon examen médico-sportif soient traités et stockés de manière confidentielle, conformément au secret médical. **Seulement avec mon accord**, ces informations seront transmises au médecin de ma fédération et/ou à mon médecin de famille ou pédiatre.

Dans un but de recherche scientifique, et en faveur du développement du sport suisse, je suis d'accord que mes données et résultats soient utilisés si nécessaire et de manière anonyme.

La signature du représentant légal est exigée pour les mineur.e.s

Lieu et date: _____

Signature de l'athlète et/ou du.de la représentant légal.e :

1. Famille

- a. Tes parents et tes frères et/ou sœurs sont-ils en bonne santé ? oui non
Si ce n'est pas le cas, de quoi souffrent-ils/elles ?

- b. Est-ce qu'un membre de ta famille (proche ou parenté) souffre ou a souffert des maladies suivantes ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladies rhumatismales |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladies du sang |
| <input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires | <input type="checkbox"/> Maladies psychiques | <input type="checkbox"/> Autres maladies |
| <input type="checkbox"/> Asthme bronchique | <input type="checkbox"/> Ostéoporose | |

Si oui, merci de préciser :

- c. As-tu des frères et/ou sœurs et si oui, pratiquent-ils aussi un sport ?

Frère et Sœurs (année de naissance, sexe, sport) :

- d. Quelle est la taille de tes parents ?

Père ____ cm Mère ____ cm

2. Évaluation des risques sur le plan cardio-vasculaire

- a. Quand a eu lieu ton dernier examen médical (examen physique avec mesure de la pression sanguine) ?

- b. As-tu effectué un électrocardiogramme au cours de ces 2 dernières années ?

oui non

- c. Un parent /un médecin t'a-t-il parlé d'un problème cardiaque (souffle/malformation cardiaque/autre) ?

oui non

- d. As-tu ressenti des douleurs dans la poitrine ou as-tu été inconscient.e au cours de ces 2 dernières années ?

oui non

- e. Souffres-tu de toux, de difficultés respiratoires ou d'une sensation d'oppression dans la poitrine ou dans le ventre au repos ou à l'effort ?

oui non

- f. Un médecin t'a-t-il déclaré.e inapte à la compétition au cours des dernières années ou connais-tu une autre raison pour laquelle tu ne pourrais pas pratiquer du sport de compétition ?

oui non

- g. As-tu déjà reçu des médicaments pour des « problèmes cardiaques » ou de l'hypertension artérielle ?

oui non

- h. Est-ce que quelqu'un dans ta famille est décédé subitement avant l'âge de 50 ans et/ou est-ce que des membres (de moins de 65 ans) de ta famille souffrent d'une maladie coronarienne, d'angine de poitrine ou ont dû subir une opération cardiaque ?

oui non

Explications au cas où tu as répondu « oui » à l'une des questions 2a – 2h :

3. Ta propre personne

- a. As-tu eu dans le passé ou as-tu actuellement des **problèmes de santé** ou as-tu dû subir une intervention concernant :

oui	non		quoi	quand
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cœur/système cardiovasculaire	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poumon	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme Bronchique	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estomac/Intestin	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Foie (jaunisse)	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reins/vessie/fuite urinaire	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peau	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yeux	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dents	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cou/gorge (pharynx)	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreilles	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinus frontaux/maxillaires	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commotion cérébrale	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Système nerveux	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies par ex rhume des foins	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réaction à un médicament	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre	_____	_____

Lequel/lesquels est/sont encore actuel.s ?

Et comment est/sont ce.s problème.s actuellement ?

inchangé.s amélioré.s guéri.s

As-tu dû consulter un médecin à ce sujet ?

oui non

Si oui, nom et adresse du médecin :

b. As-tu eu ou as-tu actuellement des blessures/problèmes/opérations concernant l'**appareil locomoteur** ?

oui	non		gauche	droite	quoi	quand
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nuque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poignets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jambes/tibias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tendons d'Achille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chevilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Lequel/lesquels est/sont encore actuel.s ?

Et comment est/sont ce.s problème.s actuellement ?

inchangé.s amélioré.s guéri.s

As-tu dû consulter un médecin à ce sujet ?

oui non

Si oui, nom et adresse du médecin :

c. Prends-tu régulièrement des médicaments ?

oui non

Si oui, lesquels ? _____

d. As-tu des médicaments spéciaux qui pourraient éventuellement nécessiter une AUT (autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) ou une TUE (Therapeutic Use Exemption) ?

oui non

Exemples : Ritalin®, Concerta® ou similaire ; Bricanyl®, médicaments contenant de la cortisone (par exemple prednisone, betnesol®) ; Hormones (insuline, hormones de croissance ou hormones inhibant la croissance comme la testostérone ou des oestrogènes).

Si oui, lesquels ? _____

e. Date de ton dernier contrôle dentaire ?

>1 an <1 an

f. Es-tu vacciné.e selon le calendrier de vaccination régulier ?

oui non

Si non, explique brièvement pourquoi ?

Merci de prendre une copie de ton carnet de vaccination avec toi.

4. Bien-être/Sommeil/Emotions

a. Combien d'heures dors-tu par nuit ?

_____ Heures

b. As-tu de la peine à t'endormir ou à dormir ?

oui non

c. Bien-être : Les affirmations suivantes concernent ton bien-être *ces 2 dernières semaines*.

Pour chaque affirmation, indique la rubrique qui, selon toi, qualifie le mieux comment tu t'es senti.e ces 2 dernières semaines ?

Ces 2 dernières semaines...	Tout le temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	Moins de la moitié du temps	Parfois	A aucun moment	Points
... j'étais heureux.se et de bonne humeur	5	4	3	2	1	0	
... je me suis senti.e en paix et détendu.e	5	4	3	2	1	0	
.. je me suis senti.e plein.e d'énergie et en forme	5	4	3	2	1	0	
... je me suis senti.e frais.che et reposé.e au réveil	5	4	3	2	1	0	
... mes journées étaient remplies de choses qui m'intéressent	5	4	3	2	1	0	
						Total :	

d. Arrives-tu à concilier l'école, le sport et les loisirs en termes de temps ?

oui non

e. Es-tu satisfait.e ?

oui non

f. Les athlètes, tout comme les autres enfants et adolescents, vivent parfois des choses qui peuvent être pénibles/stressantes ou qui les amènent à se sentir très mal ou mal à l'aise. Cela peut se produire dans le cadre du sport ou en dehors. Ci-dessous, nous te posons quelques questions sur ces expériences possibles.

1. Un adulte t'a-t-il déjà frappé.e, donné des coups de pied, pincé.e ou giflé.e?

oui non

si oui, dans le cadre de mes activités sportives en dehors de mes activités sportives

2. T'a-t-on insulté.e ou crié dessus à plusieurs reprises ou t'a-t-on dit des choses blessantes/dégradantes (par exemple que tu étais "gros.se", "paresseux.se" ou "stupide") ?

oui non

si oui, dans le cadre de mes activités sportives en dehors de mes activités sportives

3. As-tu été sévèrement puni.e ou traité.e injustement à plusieurs reprises (par des adultes ou des camarades/coéquipiers/collègues d'entraînements) ?

oui non

si oui, dans le cadre de mes activités sportives en dehors de mes activités sportives

4. Penses-tu que les techniques/méthodes/durées d'entraînement qu'on exige de toi sont parfois inadaptées ou dangereuses pour ta santé ?

oui non

5. As-tu dû subir/entendre des remarques sexuelles harcelantes et/ou suggestives sur toi et ton corps ?

oui non

si oui, dans le cadre de mes activités sportives en dehors de mes activités sportives

6. Quelqu'un a-t-il touché ton corps ou tes organes sexuels d'une manière qui ne te semblait pas correcte ou inappropriée ou t'a-t-il harcelé.e sexuellement ?

oui non

si oui, dans le cadre de mes activités sportives en dehors de mes activités sportives

Si tu as coché "oui" quelque part, en as-tu déjà parlé à quelqu'un ?

oui non

As-tu besoin d'un soutien supplémentaire à ce sujet ? **(la confidentialité sera rediscutée et respectée)**

oui non

5. Poids, alimentation, compléments alimentaires, suppléments, substances addictives

a. As-tu volontairement perdu ou pris du poids au cours des derniers mois (en dehors des variations de poids normales pendant ta croissance) ?

oui non

Si oui, pourquoi ? _____

b. Contrôles-tu ton poids régulièrement ?

oui non

c. Suis-tu un régime particulier (p. ex. sans lactose, sans gluten, jeûne intermittent, etc.) ?

oui non

Si oui, lequel et pourquoi ? Apporte év. un plan alimentaire _____

d. Te nourris-tu de manière particulière par exemple sans viande, végétarien, végétalien, etc. ?

oui non

Si oui, comment et depuis quand ? _____

e. Prends-tu des compléments alimentaires (hydrates de carbone, protéines, etc.) ?

oui non

Si oui, lesquels, combien, et quand ? _____

f. Prends-tu des suppléments (vitamines, magnésium, créatine, carnitine, etc.) ?

oui non

Si oui, lesquels, combien et quand ? _____

g. Bois-tu régulièrement de l'alcool ?

oui non

Si oui, quelle boisson, combien, quand ? _____

h. Est-ce que tu fumes ou prends d'autres substances contenant de la nicotine telles que Snus (tabac sous la lèvre supérieure), puff, vapotage, Iqos ?

oui non

Si oui, quoi et combien ? _____

i. Prends-tu ou as-tu déjà pris (par la bouche ou par injection) des substances addictives (par exemple, THC, cocaïne) ou des médicaments améliorant la performance (par ex anabolisants) ?

oui non

Si oui, quoi et combien ? _____

6. Sport/Entraînement

a. À quoi ressemble actuellement ton entraînement ?

Exemple d'une semaine de formation moyenne :

- Nombre d'heures
- Jour.s de repos, si prévu.s

Tu peux aussi ajouter des détails sur la forme d'entraînement à chaque séance d'entraînement :

-entraînement spécifique au sport ou autre entraînement (par ex force, mental, récupération, etc.)

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi		Dimanche		Total
	(h)	Forme d'entraînement	(h)	Forme d'entraînement	(h)	Forme d'entraînement	(h)	Forme d'entraînement	(h)	Forme d'entraînement	(h)	Forme d'entraînement	(h)	Forme d'entraînement	(h)
Matinée															
Midi															
A-midi															
Soir															
Total															

b. Tiens-tu un journal d'entraînement ?

oui non

c. Comment doses-tu l'intensité de l'entraînement (sur la base du pouls (FC), de la mesure du taux de lactate, des sensation ressenties, des mesures des watts, autres ?)

d. As-tu des pauses dans l'année et/ou pendant l'été ?

oui non

Si oui, combien de temps ? _____

e. Comment a évolué ta courbe de performances la saison passée ?

ascendante stable en baisse changeante

7. Récupération, Psychologie

a. À quelle fréquence effectues-tu des activités de récupération ?

Massage _____ Sauna _____
 Bains _____ Autres _____

b. Fais-tu régulièrement du stretching ?

oui non

c. Prends-tu régulièrement soin de tes fascias (rouleau de massage ?)

oui non

- d. As-tu déjà suivi une technique d'entraînement en psychologie du sport (p. ex. Mindfulness, hypnose, visualisation) ?

oui non

Si oui, laquelle/lesquelles ? _____

8. Appréciation personnelle

- a. Dis-nous ici si tu es satisfait.e de ta vie en général. Quel est ton degré de satisfaction actuel ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Te sens-tu actuellement pleinement opérationnel.le et performant.e ?

oui non

Si non, pourquoi ?

9. Questions ?

Je souhaiterais encore aborder les questions suivantes :