



DOSSIER MÉDICAL DE L'ATHLÈTE

SOUFFRES-TU DES PATHOLOGIES SUIVANTES ?

Allergie Oui - Non
Asthme Oui - Non
Diabète Oui - Non
Thyroïde Oui - Non

AS-TU DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ(E) ?

Oui - Non

Si oui, de quoi ? quand ?

-
-
-
-
-
-

SYMPTÔMES ET SUIVI

As-tu présenté un ou des symptôme(s) suivant(s) ces dernières semaines ?

Cardio – pulmonaire

| | |
|-----------------------|-----------|
| Essoufflement anormal | Oui - Non |
| Respiration sifflante | Oui - Non |
| Toux | Oui - Non |
| Syncope | Oui - Non |
| Douleur thoracique | Oui - Non |
| Vertiges | Oui - Non |
| Palpitations | Oui - Non |

Digestif

| | |
|---------------------|-----------|
| Crampes abdominales | Oui - Non |
| Ballonnements | Oui - Non |
| Diarrhée | Oui - Non |
| Constipation | Oui - Non |

Musculo-articulaire

| | | |
|-------------|-----------|-------------------|
| Douleur | Oui - Non | Précise le site : |
| Instabilité | Oui - Non | Précise le site : |
| Gonflement | Oui - Non | Précise le site : |



DOSSIER MÉDICAL DE L'ATHLÈTE

Prends-tu régulièrement des médicaments et compléments nutritionnels ?

Médicament(s) :

-
-
-
-

Complément(s) nutritionnel(s) :

-
-
-
-

Gynécologique

A quel âge as-tu été réglée ?

Es-tu réglée régulièrement ? Oui - Non

As-tu des règles douloureuses ? Oui - Non

Vois-tu un gynécologue une fois par an ? Oui - Non

Prends-tu la pilule ? Oui - Non

Laquelle :

Sommeil et repos

Combien d'heures dors-tu par nuit ?

As-tu des difficultés pour t'endormir ? Oui - Non

Te réveilles-tu pendant la nuit ? Oui - Non

Te sens-tu reposé(e) après une nuit de sommeil ? Oui - Non

Fais-tu une sieste en journée ? Oui - Non

Santé bucco-dentaire

Vois-tu ton dentiste une fois par an ? Oui - Non

Remarques : As-tu des remarques particulières à formuler ?