



Questionnaire de santé pré-saison
Gee-Gees de l'Université d'Ottawa

Date :

Nom :

Homme Femme

Date de naissance :

Numéro RAMO (ou d'une autre carte santé provinciale) + code de version :

Courriel : Sport :

Champ d'études :

Adresse de domicile :

Adresse locale :

Médecin de famille :

Téléphone :

Ville :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :

Lien (père, mère, frère, sœur, etc.) :

Téléphone :

TOUTES LES INFORMATIONS RESTERONT CONFIDENTIELLES

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

L'un des membres de votre famille immédiate (parents, frères, sœurs, grands-parents) a-t-il déjà souffert de :

- Mort subite avant 50 ans? Oui Non Si oui, qui?
- Maladie cardiaque ou haute pression? Oui Non Si oui, qui?
- Autres problèmes médicaux (cancer, diabète, maladie du foie, maladie pulmonaire, etc.)?

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Avez-vous déjà souffert de l'un de ces problèmes?

	Oui	Non		Oui	Non
Souffle au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertige ou perte de connaissance après ou pendant l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur à la poitrine ou palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mononucléose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opération ou hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crise d'épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisement dû à la chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres problèmes médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections cutanées

Si vous avez répondu oui, veuillez donner une brève description du problème ou des problèmes :

Un médecin vous a-t-il déjà empêché de pratiquer un sport en raison d'un problème cardiaque? **Oui** **Non**

Brève description :

Toussez-vous, souffrez-vous de respiration sifflante ou avez-vous de la difficulté à respirer avant ou après une activité? **Oui** **Non**

Brève description :

J'ai des problèmes de santé dont j'aimerais parler avec le médecin de l'équipe. **Oui** **Non**

ANTÉCÉDENTS COVID-19

L'une des situations suivantes s'applique-t-elle à vous ?

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de la COVID-19 ?

Oui : **Non** :

Si oui, quand ? :

Si OUI, avez-vous présenté des symptômes ?

Oui : **Non** :

Avez-vous eu des symptômes de la COVID-19, mais n'avez pas subi un test?

Oui : **Non** :

Si OUI, vous êtes-vous placé en quarantaine/auto-isolé pendant 14 jours ?

Oui : **Non** :

Avez-vous été en contact avec quelqu'un qui a reçu un diagnostic positif de la COVID-19 et n'avez pas subi de test ?

Oui : **Non** :

Avez-vous travaillé ou été impliqué dans une situation qui aurait pu vous mettre à risque de contracter la COVID-19

Oui : **Non** :

Si oui, où ? :

Est-ce que vous comprenez les risques potentiels de la COVID-19 ?

Oui : **Non** :

IMMUNISATIONS

Cette section doit être remplie EN ENTIER. Veuillez indiquer la date de votre dernière immunisation.

	Oui	Non	ANNÉE
Tétanos/diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oreillons/rougeole/rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méningite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Varicelle

VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE OU VOS PARENTS DEVRAIENT AVOIR VOTRE DOSSIER D'IMMUNISATION.

ORGANES

Avez-vous une dysfonction ou un organe manquant? Oui Non

Exemples : rein, foie, rate, yeux (vision), oreilles (audition), testicule, etc.

Autre :

SANTÉ MENTALE

	Jamais (0)	Parfois (1)	Souvent (2)
Je suis triste même après un bon entraînement ou une bonne compétition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les compétitions m'apportent rarement du plaisir et j'ai perdu intérêt pour mon sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes performances athlétiques me donnent peu ou pas du tout de plaisir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon appétit et mon poids ont changé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me sens pas reposé quand je me réveille le matin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de la difficulté à rester concentré.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression d'avoir échoué en tant qu'athlète et en tant que personne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me répète sans cesse que je suis nul et que je devrais abandonner le sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je consomme de l'alcool et d'autres substances pour améliorer mon humeur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense au suicide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÉDICAMENTS ET ALLERGIES

Inscrivez tous les médicaments et tous les suppléments que vous prenez actuellement (pilules, timbres cutanés, injections, pompes, etc.).

Souffrez-vous d'allergies? Oui Non

Si oui, quoi :

Réaction :

Si oui, quoi :

Réaction :

Si oui, quoi :

Réaction :

VUE ET DENTS

	Oui	Non	
Portez-vous des lunettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour faire du sport? <input type="checkbox"/>
Portez-vous des verres de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour faire du sport? <input type="checkbox"/>
Avez-vous d'autres problèmes de vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portez-vous un protecteur buccal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand l'avez-vous?
Avez-vous un dentier, une prothèse ou des broches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INFORMATIONS SUR LES SUPPLÉMENTS ERGOGÉNIQUES

1) Prenez-vous des suppléments en vente libre (produits énergisants, suppléments musculaires, vitamines)?

Oui Non

Si oui, veuillez nous en donner la liste :

- 2) Prenez-vous actuellement de la créatine? Oui Non
3) Avez-vous pris de la créatine dans le passé? Oui Non

Si oui, quand?

- 4) Prenez-vous actuellement des produits/suppléments contenant de l'éphédrine? Oui Non
5) Avez-vous pris des suppléments qui contenaient de l'éphédrine dans le passé? Oui Non

Si oui, quand?

- 6) Utilisez-vous un produit dont vous n'êtes pas 100 % certain du contenu? Oui Non

Si oui, quoi?

- 7) Prenez-vous une substance qui prétend augmenter votre niveau d'énergie ou vous faire perdre du poids?
Oui Non

Si oui, quoi?

- 8) Avez-vous déjà utilisé des stéroïdes anabolisants? Oui Non

Si oui, quand et quelle sorte?

- 9) Avez-vous déjà pris des précurseurs de stéroïdes anabolisants, comme Andro ou DHE? Oui Non

Si oui, quand?

Êtes-vous au courant que les U SPORTS procèdent à des tests antidopage? Oui Non

Les U SPORTS croient fermement que la santé et la sécurité des joueurs sont primordiales pour conserver un environnement solide et vibrant exempt de drogue. Les U SPORTS travaillent de pair avec le Centre canadien pour l'éthique dans le sport afin de développer une politique antidopage et les joueurs sont sujets à des tests avant la saison, pendant la saison régulière et pendant les séries éliminatoires. L'ignorance n'est pas une excuse et il est important de savoir que les suppléments ne sont pas des produits réglementés et qu'ils risquent de contenir des ingrédients de la Liste des interdictions. <http://www.cces.ca>

*Si vous n'êtes pas 100 % certain du contenu d'un produit que vous prenez, veuillez en parler avec le médecin en service.

Signature de l'athlète (utiliser les initiales) :

Date :

RAPPORT POUR LES ATHLÈTES FÉMININS

Quel âge aviez-vous lors de vos premières menstruations?

Combien de menstruations avez-vous eues au cours des 12 derniers mois?

Avez-vous déjà passé plus de trois mois sans avoir de menstruations? Oui Non

Durée moyenne de votre cycle (en jours)?

Vos dernières menstruations?

Prenez-vous des anovulants ou des hormones? Oui Non

Si oui, indiquez le nom :

Avez-vous déjà eu un test de PAP? Oui Non

Si oui, indiquez la date du plus récent :

Avez-vous déjà été soignée pour de l'anémie? Oui Non

MODE DE VIE ET PROBLÈMES DE SANTÉ

1) Votre poids a-t-il changé dernièrement? Oui Non

Si oui, de combien?

2) Votre poids le plus élevé en tant qu'adulte? Votre poids le plus faible en tant qu'adulte?

Poids actuel : Grandeur actuelle :

3) Êtes-vous satisfait de votre poids? Oui Non

Si non, combien désireriez-vous peser?

4) Avez-vous déjà eu recours à l'un des moyens suivants pour contrôler votre poids?

Jeûne Régurgitation Laxatifs Diurétiques Pilules amaigrissantes

5) Évitez-vous certains groupes alimentaires? Oui Non

Si oui, veuillez les lister :

6) Avez-vous des questions sur les manières saines de contrôler votre poids? Oui Non

7) Avez-vous des troubles diététiques? Oui Non

Si oui, veuillez les énumérer :

8) Consommez-vous de l'alcool presque tous les jours? Oui Non

9) Mâchez-vous ou fumez-vous du tabac? Oui Non

10) Avez-vous utilisé des drogues récréatives au cours de la dernière année? Oui Non

Si oui, veuillez les énumérer :

ANTÉCÉDENTS D'ENTRAÎNEMENT

1) À quel âge avez-vous commencé le sport compétitif?

2) Combien d'heures vous entraînez-vous pour votre sport par semaine?

3) Combien d'heures consacrez-vous à l'entraînement pendant votre temps personnel, en dehors des heures prévues pour l'entraînement?

ANTÉCÉDENTS DE BLESSURES À LA TÊTE

1) Avez-vous déjà eu une blessure à la tête ou une commotion cérébrale? Oui Non

2) Avez-vous déjà été assommé, perdu connaissance ou souffert de pertes de mémoire? Oui Non

3) Avez-vous des maux de tête quand vous faites de l'exercice ou des céphalées sévères récurrentes?
Oui Non

4) Avez-vous déjà passé une IRM ou un tomodensitogramme? Oui Non

- 5) Avez-vous déjà vu un neurologue ou un spécialiste des commotions cérébrales? Oui Non
- 6) Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre de ces questions, veuillez faire le dépistage VOMS (poursuite visuelle, saccades horizontales, saccades verticales, point de convergence, ROV horizontal, ROV vertical et sensibilité visuelle au mouvement).

RÉSERVÉ AU MÉDECIN

Année	Sport	Perte de conscience	Durée	Amnésie	Durée	Vu par un médecin	Hospitalisé	Nombre de jours sans faire du sport	Nombre de jours sans aller à l'école	Toujours un problème?	Tests (CT, IRM, EMG)
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

ANTÉCÉDENTS DE BLESSURES MUSCULOSQUELETTIQUES

Blessure?	Oui	Non	Description
Tête/visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poitrine et côtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Blessure?	Droite		Gauche		Description
	Oui	Non	Oui	Non	
Clavicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation AC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arrière-bras/coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avant-bras/poignet/main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hanche/aîne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuisse/muscle ischiojambier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jambe/cheville/pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DÉCLARATION ET CONSENTEMENT

Je déclare avoir répondu au questionnaire médical intégralement, correctement et au meilleur de mes connaissances. Je déclare également ne pas avoir eu de maladies ou de blessures autres que celles que j'ai énumérées dans le questionnaire. Je soussigné autorise les équipes médicales et les établissements médicaux, qui pourraient avoir à me prodiguer des soins en cas de maladie ou de blessure, à communiquer les informations contenues dans le questionnaire ou toute autre information sur mon état de santé à mes entraîneurs, à mes thérapeutes et au personnel administratif, dans la mesure où cela concerne ma participation à l'Université d'Ottawa.

Date :

Signature du joueur :

Signature du parent (si le joueur a moins de 18 ans) :

