

PRATIQUEZ VOUS UN SPORT ?

Oui Non

Si Oui, depuis combien de temps ?

Combien d'heures par semaine ?
(entraînement + compétition)

Niveau de pratique :

Loisirs	
Compétitions plaisir	
Compétitions club	
Haut niveau	
Autre :	

Si Non, pratiquez-vous régulièrement une activité physique ?

Oui Non

TYPE D'ACTIVITE PHYSIQUE :

(plusieurs réponses possibles)

Marche	
Bricolage	
Jardinage	
Sortir son chien	
Travail physique	
Promenade à vélo	
Autre :	

Combien d'heures par semaine ?

A REMPLIR PAR TOUS.

Fumez-vous ? Oui Non

Si Oui, combien de cigarettes/jour :

Depuis combien de temps

VOS FACTEURS DE RISQUE

Votre taux de cholestérol est : normal anormal ne sait pas

Votre tension artérielle est : normal anormal ne sait pas

Votre taux de glycémie (diabète) est : normal anormal ne sait pas

Faites vous de l'asthme d'effort ? oui non ne sait pas

Y a-t-il eu une mort subite avant 60 ans
dans votre famille ? oui non ne sait pas

Votre père, mère, frère ou sœur est-il
(elle) suivi(e) pour le cœur ou la tension ? oui non ne sait pas

Prenez vous des médicaments pour le cœur,
le cholestérol, le diabète ou la tension ? oui non ne sait pas

Si Oui, lesquels ? _____

AVEZ-VOUS DEJA REALISE DES BILANS :

Un E.C.G. de Repos : Oui Non

Si oui, était-il normal ? Oui Non

Une épreuve d'effort ? Oui Non

Si oui, était-elle normale ? Oui Non

Consultez vous régulièrement
Un médecin ? Oui Non

Pourquoi ? (facultatif)

TSVP →

POUR LES SPORTIFS :

Lors de la pratique du sport, avez-vous eu :

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| des douleurs dans la poitrine : | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| des palpitations ou irrégularités cardiaques : | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| des malaises, vertiges : | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| un essoufflement anormal : | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |

- Avez-vous, dans les 12 derniers mois, vu un médecin pour obtenir un certificat médical de non contre-indication à la pratique d'un sport ? Oui Non

L'IRBMS vous remercie.
Pour en savoir plus, consultez notre site

www.irbms.com

Ne pas remplir
Cadre réservé au Médecin Expert

- Facteurs de risques : Oui Non

**Ce questionnaire est à renseigner et à rendre sur le stand ou à retourner à
IRBMS - Maison du Sport - 367, rue Jules Guesde - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ**

* Le fait de remplir ce questionnaire vaut acceptation de l'utilisation de cette enquête pour étude statistique anonyme avec publication.
Les informations recueillies sur ce document sont destinées à l'usage interne de l'IRBMS au moyen d'un traitement de données. Elles donnent lieu au droit d'accès et de rectification prévus par la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978.



SPORT PASSION SPORT SANTÉ

BOUGEZ, C'EST LA SANTÉ®*

ENQUETE CŒUR ET SPORT *

A remplir si vous êtes
un homme de plus de 40 ans
ou une femme de plus de 50 ans



Nom :		
Prénom :		
Adresse :		
C.P. :	Ville :
Email :@.....		
Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Année de naissance	<input type="text"/>
Poids :	<input type="text"/> kg	Taille :	<input type="text"/> m
I.M.C. :	<input type="text"/>	Périmètre abdominal :	<input type="text"/> cm
(Indice de masse corporelle - Laissez blanc si vous ne savez pas)			