

## LE QUESTIONNAIRE SANTÉ ET VOUS

Les réponses que vous donnez sont très importantes pour vous et l'entraîneur. En répondant avec justesse et honnêteté, vous ne mettez pas votre santé en danger. En écrivant des réponses détaillées, vous permettez à l'entraîneur de concevoir un programme d'entraînement qui répondra à vos besoins.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance (jour / mois / année) : .....

### 1. Veuillez cocher la case si vous souffrez de la maladie citée :

- |                                       |                                                  |                                                        |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme       | <input type="checkbox"/> Chondromalacie          | <input type="checkbox"/> Ostéoporose                   |
| <input type="checkbox"/> Arthrite     | <input type="checkbox"/> Diabète                 | <input type="checkbox"/> Syndrome fémoro-rotulien      |
| <input type="checkbox"/> Arthrose     | <input type="checkbox"/> Épilepsie               | <input type="checkbox"/> Tendinite                     |
| <input type="checkbox"/> Anémie       | <input type="checkbox"/> Hernie discale          | <input type="checkbox"/> Trouble hormonal (tyroïde)    |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Ulcère gastrique / intestinal |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol  | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie            | <input type="checkbox"/> .....                         |

### 2. Cochez si vous avez une ou des douleur(s)/blessure (s) antérieure (s) ou présente (s) à l'endroit cité :

- |                                                 |                                     |                                   |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cou                    | <input type="checkbox"/> Coude      | <input type="checkbox"/> Hanche   |
| <input type="checkbox"/> Haut du dos / omoplate | <input type="checkbox"/> Poignet    | <input type="checkbox"/> Genou    |
| <input type="checkbox"/> Épaule                 | <input type="checkbox"/> Bas du dos | <input type="checkbox"/> Cheville |

### 3. Recevez-vous présentement des traitements? Spécifiez pourquoi :

- Chiropractie  Physiothérapie  Ostéopathie  Acupuncture  Massothérapie  .....

Raisons : .....

.....

### 4. Avez-vous déjà subi une chirurgie? Si oui, spécifiez (césarienne(s) incluse(s) :

.....

.....

### 5. Avez-vous déjà subi une ou des fractures ? Si oui, spécifiez :

.....

.....

### 6. Fumez-vous ? Non Oui, combien de cigarettes par jour ? .....

### 7. Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels et pourquoi?

.....

.....



**8. Quel genre de travail faites-vous?**

- Sédentaire (travail de bureau, aucun effort physique)
- Semi-sédentaire (travail debout et / ou assis avec peu de déplacement)
- Semi-actif (marche régulièrement, escaliers (1-2), manipulation de petite charge)
- Actif (marche beaucoup, escaliers (3 et +), manipulation de charge moyenne à lourde, toujours actif)
- Très actif (travail physique, charge lourde, force constamment)

**9. Quel est votre niveau de stress ?**

- Faible
- Modéré
- Élevé
- Extrême

**10. Vous considérez-vous comme une personne physiquement active?**

- Non
- Oui, à raison de combien de fois par semaine? .....

**11. Combien d'heures en moyenne dormez-vous?**

- 4h et moins
- 5h
- 6h
- 7h
- 8h
- 9h et +

**12. Vos habitudes alimentaires sont : (en référence au Guide Alimentaire Canadien)**

- Excellentes
- Bonnes
- Convenables
- Passables
- Mauvaises

**13. Suivez-vous présentement une diète spéciale ? Spécifiez**

- Non
- Oui.....

**14. Votre consommation d'alcool est :**

- Quotidienne
- Élevée
- Moyenne
- Sociale (occasionnelle)
- Nulle

Nombre de consommations par semaine : .....

**15. Buts:**

- Mise/remise en forme
- ↑ capacité aérobie
- ↑ endurance et/ou force
- ↑ gain en masse musculaire
- ↓ masse adipeuse
- Autre : .....

**16. Nombre de séances/semaine :** .....

**17. Durée moyenne des séances :** ..... (min.)

**18. Votre cote de motivation sur une échelle de 1 (pas du tout motivé) à 10 (très motivé) :** .....

**19. Références face à l'entraînement et/ou commentaires:**

.....  
.....

