



# Questionnaire de santé femme adulte

## Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical

QS – SPORT ([https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa\\_15699.do](https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_15699.do))

Ce questionnaire permet de mieux vous connaître avant votre accompagnement.

En tant que praticienne en Activité Physique Adaptée & Santé, il est important pour moi d'avoir ces informations de santé afin d'optimiser les séances et de répondre au mieux à vos besoins et attentes.

Les réponses à ce questionnaire sont **strictement confidentielles** et ne seront en aucun cas divulguées. Elles seront conservées le temps de votre accompagnement. Vous pouvez les récupérer et les modifier à tout moment.

Je vous remercie d'avance pour votre retour.

Belle journée à vous.

Julie

### \*Obligatoire

#### Adresse e-mail\*

Votre adresse e-mail :

#### Je consens à répondre à ce questionnaire\*

Oui

Non

## A - RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE

#### NOM Prénom \*

Votre réponse :

#### Téléphone \*

Votre réponse :

#### Votre adresse\*

Votre réponse :

#### Date de naissance\*

Date :

#### Nom du professionnel de santé en charge de votre suivi médical (médecin généraliste ou spécialiste) \*

Votre réponse :

#### Téléphone du professionnel de santé en charge de votre suivi médical (médecin généraliste ou spécialiste)\*

Votre réponse :

**Etes- vous atteintes de pathologie(s) chronique(s) \***

Oui  
Non

**Si oui, précisez :\***

Votre réponse :

## **B- LISTE DE VERIFICATIONS AVANT EXERCICES**

**Durant les 12 derniers mois :**

**1- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ? \***

Oui  
Non

**2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?\***

Oui  
Non

**3- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?\***

Oui  
Non

**4- Avez-vous eu une perte de connaissance ?\***

Oui  
Non

**5- Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?\***

Oui  
Non

**6- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?\***

Oui  
Non

**A ce jour :**

**7- Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ? \***

Oui  
Non

**8- Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?\***

Oui  
Non

**9- Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive**

**?\***  
Oui  
Non

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions. Vous n'avez pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, avoir répondu NON à toutes les questions**

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

**Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. \***

Votre réponse :

**QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT ? \***

Votre réponse :

Questionnaire à envoyer à l'adresse suivante : [juliekarayaneapa@gmail.com](mailto:juliekarayaneapa@gmail.com)