



Questionnaire de santé femme mineur

Ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043486824>

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

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle.

Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

A- RENSEIGNEMENT SUR LA PATIENTE

NOM Prénom *

Votre réponse :

Ton téléphone*

Votre réponse :

Ton adresse*

Votre réponse :

Ta date de naissance*

Date :

Nom du professionnel de santé en charge de ton suivi médical (médecin généraliste, pédiatre, ...)*

Votre réponse :

Téléphone du professionnel de santé en charge de ton suivi médical (médecin généraliste, pédiatre, ...)*

Votre réponse :

B- LISTE DE VERIFICATIONS AVANT EXERCICES

Depuis l'année dernière:

1- Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? *

Oui
Non

2- As-tu été opéré (e) ?*

Oui
Non

3- As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?*

Oui
Non

4- As-tu beaucoup maigri ou grossi ?*

Oui
Non

5- As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?*

Oui
Non

6- As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?*

Oui
Non

7- As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?*

Oui
Non

8- As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?*

Oui
Non

9- As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?*

Oui
Non

10- As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?*

Oui
Non

11- As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? *

Oui
Non

12- As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?*

Oui
Non

13- Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)*

Oui
Non

14- Te sens-tu très fatigué (e) ?*

Oui
Non

15- As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?*

Oui
Non

16- Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?*

Oui
Non

17- Te sens-tu triste ou inquiet ?*

Oui
Non

18- Pleures-tu plus souvent ?*

Oui
Non

19- Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?*

Oui
Non

Aujourd'hui :

1- Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? *

Oui
Non

2- Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?*

Oui
Non

3- Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?*

Oui
Non

QUESTIONS A FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS

1- Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? *

Oui
Non

2- Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?*

Oui
Non

**3- Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?
(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)***

Oui
Non

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient.

Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli. *

Votre réponse :

QUELLE EST LA RAISON DE TA DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT ? *

Votre réponse :

Questionnaire à envoyer à l'adresse suivante : juliekarayaneapa@gmail.com