

## Questionnaire de santé Adulte « QS-SPORT »

Ce questionnaire de santé est destiné aux personnes majeures. Il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour obtenir ou renouveler votre licence sportive compétition au sein de la Fédération Française de la montagne et de l'escalade selon les règles énoncées dans le règlement médical.

| Durant les 12 derniers mois  | OUI                      | NON                                 |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 ?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| A ce jour  |                          |                                     |
| Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc..) survenu durant les 12 derniers mois ?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Prenez-vous un traitement anticoagulant (Xarelto <sup>®</sup> , Coumadine <sup>®</sup> , Eliquis <sup>®</sup> , Préviscan <sup>®</sup> ...) ou un traitement antiagrégant plaquettaire (Aspirine protect <sup>®</sup> , Kardegic <sup>®</sup> , Plavix...) ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Etes-vous épileptique ?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

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

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

8-10 quai de la Marne - 75019 PARIS

T. +33 (0)1 40 18 75 50

F. +33 (0)1 40 18 75 59

[www.ffme.fr](http://www.ffme.fr)