



## QUESTIONNAIRE MEDICAL TAHITI MOOREA MARATHON 2018

Ce questionnaire médical confidentiel doit être rempli par le sportif avant la consultation médicale et donné au médecin afin d'obtenir un certificat médical obligatoire pour participer aux courses (marathon, semi-marathon, course de 10 km et Glow Run de 5 km).

Le certificat médical devra porter la mention « non contre-indication à l'athlétisme en compétition ».

Ce document est recommandé par la Commission Médicale de la FFA (Fédération Française d'Athlétisme) lors de la prise de licence.

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ SEXE :  M  F

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Spécialités athlétiques pratiquées : \_\_\_\_\_

Niveau de performance :  Départemental  Régional  National

**Questionnaire médical confidentiel à remplir par le sportif avant la consultation médicale**  
(Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ?	OUI	NON
• Précisions (année et motif d'hospitalisation) :		
Avez-vous déjà été opéré ?	OUI	NON
• Précisions (année et type d'opération) :		
Etes-vous soigné pour :		
• Le cœur ?	OUI	NON
• La tension artérielle ?	OUI	NON
• Le diabète ?	OUI	NON
• Le cholestérol ?	OUI	NON
Prenez-vous actuellement des médicaments ?	OUI	NON
• Si oui, lesquels ?		
Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ?	OUI	NON
• Si oui, lesquels ?		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		
Combien de verres de bières, vins ou autres alcools buvez-vous par jour ?		
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?		
Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ?	OUI	NON
• Si oui, précisez ?		
Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ?	OUI	NON
• Si oui, précisez ?		
A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti :		
• Une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?	OUI	NON
• Des palpitations (sensation de battements anormaux) ?	OUI	NON
• Un malaise ?	OUI	NON
Avez-vous des allergies ?	OUI	NON
• Si oui, lesquelles ?		
Avez-vous déjà consulté un cardiologue ?	OUI	NON
Date du dernier électrocardiogramme ?		Résultat ?
Date de la dernière prise de sang ?		Résultat ?
Date de la dernière vaccination contre le tétanos ?		

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :