



Questionnaire Médical

(a être complété par l'athlète et ses parents si moins de 18 ans)

Sport: _____	Équipe: _____	Catégorie _____
Nom: _____	Prenom: _____	Age: _____
Numéro d'assurance maladie: _____	Exp: _____	
Téléphone en cas d'urgence: Nom: _____	Numéro: _____	

Souffrez-vous présentement ou avez-vous déjà souffert d'une des conditions suivantes ?

	Oui	Non
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure au cou ou au dos (colonne vertébrale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessures internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commotion/ traumatisme crânien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déshydratation/ coup de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la poitrine/ essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engourdissement/ faiblesse des membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie/ convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissement/ évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite (A,B,C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie/ problèmes de reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implants de métal (vis, plaques, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête/ saignement de nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mononucléose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied d'athlète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chaque réponse positive, décrivez les détails pertinents

Portez-vous présentement:

de appareils pour traitements d'orthodontie ?

des lentilles cornéennes ?

des lunettes ?

des orthèses ?

un appareil auditif ?

Prenez-vous des médicaments régulièrement ?

Si oui, pour quelle raison ?

Nom des médicaments:

Posologie:

Souffrez-vous d'allergies aux médicaments ?

Spécifiez:

Souffrez-vous d'allergies alimentaires ou d'autres allergies ?

Spécifiez:

Consentement pour la divulgation d'information

Par le présent, je, soussigné(e) _____ autorise les différents intervenants travaillant pour l'équipe de football, les Grenadiers de Louis-Philippe-Paré, (intervenant médical et entraîneurs de l'équipe concernée) à consulter ce dossier. Ce dossier demeure confidentiel.

Signature de l'athlète ou du parent/ tuteur

Date

Consentement pour intervention médicale

Par la présente, je, soussigné (e) _____ consens à ce que le thérapeute sportif travaillant pour les Grenadiers de Louis-Philippe-Paré prodigue les soins d'urgence et de prévention à mon fils _____

Je comprends que dès que possible, je serai informé (e) de la nature du problème, du diagnostic médical, du traitement requis et des résultats espérés.

Signature de l'athlète ou du parent/ tuteur

Date

Signature du thérapeute

Date

Important

Ce formulaire doit être signé par l'athlète ou, dans le cas d'une personne mineure, par un parent / tuteur de l'athlète et doit être remis au premier jour du camp d'entraînement