

Informations personnelles

Nom, prénom* _____

Adresse* No civique _____ App. _____
Rue _____ Ville _____
Code postal _____

Téléphone (résidence)* _____ Téléphone (bureau) _____

Téléphone (autre) _____

Date de naissance* _____ (ex. : 1980-12-31)

Sexe* Femme Homme

Courriel* _____

Je _____ accepte que 'PAVILLON DU COEUR BEAUCE-ETCHEMIN' puisse communiquer avec moi*

- par courriel individuel
- par courriel concernant des activités auxquelles je suis inscrit(e).
- par courriel pour des informations importantes/urgences seulement
- par courriel pour de la publicité
- par courriel avec des courriels de masse

Renseignements sur les allergies

Allergies* : _____

Médicaments contre ces allergies* : _____

En cas d'urgence

Indiquez le nom d'une personne à contacter dans le cas où nous serions dans l'impossibilité de vous rejoindre.

Nom, prénom* _____

Téléphone* _____

Lien* _____

Médecin de famille/Pharmacie

Avez-vous un médecin de famille?* Oui Non

Si oui, indiquez son nom* : _____

Veuillez nous mentionner le nom de votre pharmacie* : _____

Questionnaire sur la maladie chronique et les facteurs de risque

Souffrez-vous de l'une des maladies chroniques suivantes :

Maladie cardiovasculaire* Oui Non

Si oui, spécifiez* :

Angine	<input type="checkbox"/> Oui	Anévrisme	<input type="checkbox"/> Oui
Infarctus	<input type="checkbox"/> Oui	spécifiez l'endroit :	
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	_____	
Arythmie	<input type="checkbox"/> Oui	Stimulateur cardiaque/Pacemaker/	<input type="checkbox"/> Oui
Souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	Défibrillateur	
Maladie artérielle périphérique(MAP)	<input type="checkbox"/> Oui	Embolie	<input type="checkbox"/> Oui
Phlébite	<input type="checkbox"/> Oui	Autre(s)	<input type="checkbox"/> Oui
Ischémie cérébrale transitoire (ICT)/	<input type="checkbox"/> Oui		
Accident vasculaire cérébral (AVC)			

Précisions (maladie(s), traitement(s) et année(s)):

Maladie pulmonaire* Oui Non

Si oui, spécifiez* :

Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	Emphysème	<input type="checkbox"/> Oui
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/> Oui	Pneumonie	<input type="checkbox"/> Oui
Autre(s)	<input type="checkbox"/> Oui		

Précisions (maladie(s), traitement(s) et année(s)):

Insuffisance rénale* Oui Non

Cancer* Oui Non

Si oui, spécifiez le type de cancer et année : _____

Recevez-vous encore des traitements pour le cancer? Oui Non

Spécifiez le type de traitement: _____

Affectation neurologique* Oui Non
(sclérose en plaques, Parkinson, ataxie, crises d'épilepsie, etc.)

Précisions (maladie(s) et traitement(s)):

Autre(s) Précisez maladie(s), traitement(s) et année(s): _____

Questionnaire de condition de santé

Afin de bien vous connaître et d'être en mesure de bien vous guider dans votre pratique d'activité physique, **veuillez répondre aux questions ci-dessous de façon honnête**. Ces informations seront utilisées uniquement pour bien vous encadrer dans vos activités physiques et elles ne seront pas utilisées à d'autres fins.

Veuillez cocher les cases qui s'appliquent à vous

Perte de conscience	<input type="checkbox"/> Oui	Varices	<input type="checkbox"/> Oui
Vertiges	<input type="checkbox"/> Oui	Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui
Migraine	<input type="checkbox"/> Oui	Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui
Tremblements	<input type="checkbox"/> Oui	Problème de santé mentale	<input type="checkbox"/> Oui
Problème d'équilibre	<input type="checkbox"/> Oui	Spécifiez : _____	
Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oui	Trouble alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui
Commotion cérébral/ Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> Oui	Spécifiez : _____	
Autre(s)	<input type="checkbox"/> Oui		
Spécifiez: _____			

Présentez-vous l'un ou plusieurs des facteurs de risque suivants :

Hypertension artérielle*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prédiabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dyslipidémie (Cholestérol, triglycérides)*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Alimentation malsaine*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Sédentarité/inactivité physique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si vous avez répondu oui pour le diabète, prenez-vous de l'Insuline*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Tabagisme*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
			Abus d'alcool*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
			Stress élevé/Anxiété*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Autres questions :

Avez-vous une déficience ou une incapacité physique, intellectuelle, cognitive, sensorielle ou mentale? Oui Non

Spécifiez la déficience ou l'incapacité : _____

Avez-vous un équipement particulier (appareil auditif, canne, marchette, orthèse, prothèse...)? Oui Non

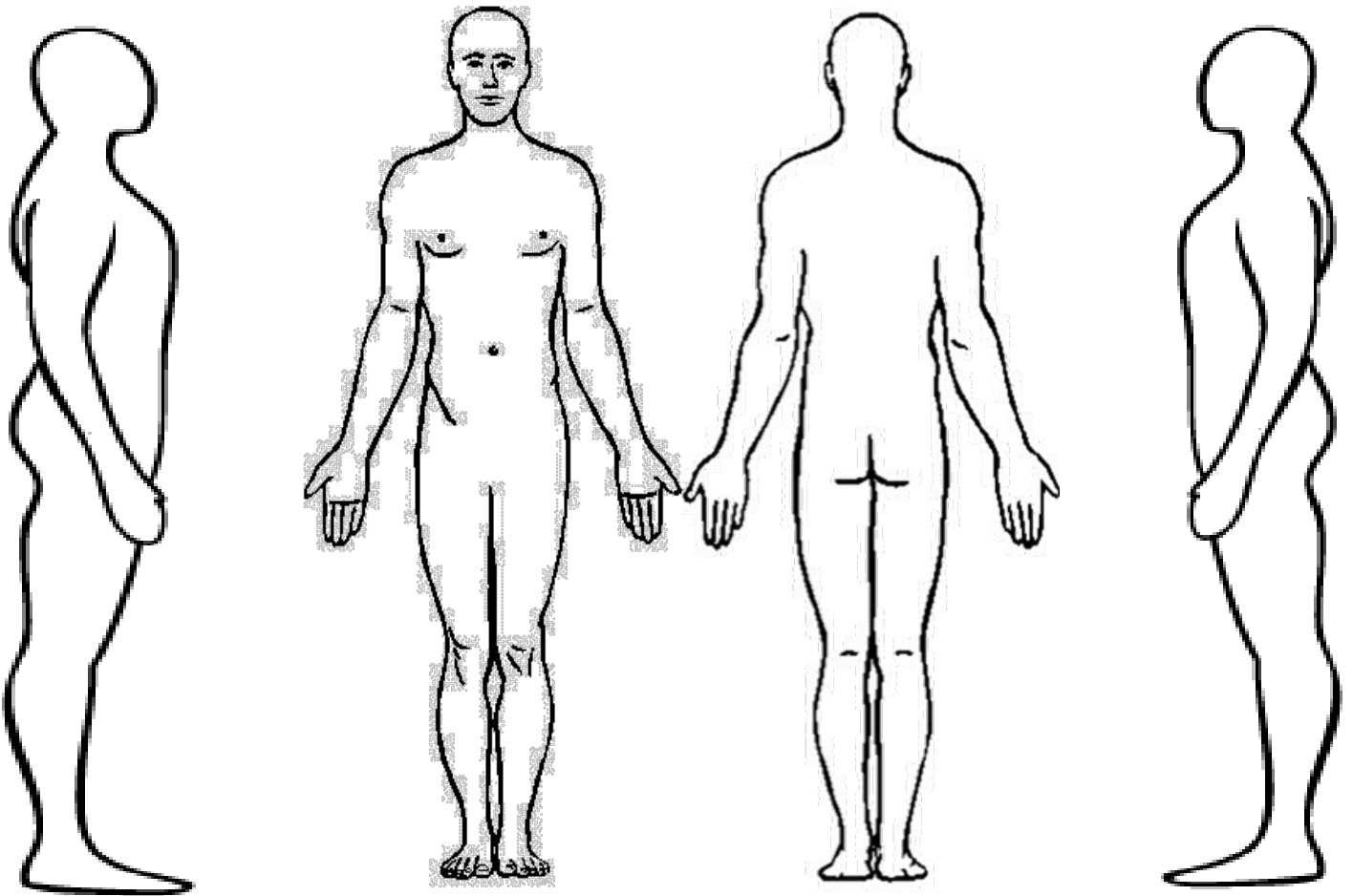
Spécifiez: _____



Questionnaire sur les atteintes musculo-squelettiques

Avez-vous des douleurs ou des blessures?* Oui Non

Si oui, veuillez encercler les endroits où vous présentez les douleurs ou blessures.*



Avez-vous subi un/des accident(s) ou une/des chirurgie(s) Oui Non

Spécifier l'accident ou la chirurgie et l'année :



Questionnaire Menez une vie plus active

Il est possible que certaines questions aient déjà été posées, cependant, certains de nos professionnels doivent vous faire remplir ce questionnaire avant de débuter votre pratique d'activité physique.

L'exercice physique pratiqué de façon régulière constitue une activité saine et agréable, et plus de gens devraient être plus actifs chaque jour de la semaine. Être plus actif est très sécuritaire pour la plupart des gens. Ce questionnaire vous indiquera si vous devez demander conseil à votre médecin ou à un professionnel de l'exercice qualifié avant de devenir plus actif.

Préparez-vous à mener une vie plus active

1. Avez-vous vécu l'un ou plusieurs des situations suivantes (A à F) **au cours des six derniers mois?**

A) Diagnostic ou traitement relatif à une maladie du cœur ou à un AVC, ou douleur/malaise/pression au niveau de la poitrine en pratiquant vos activités de la vie quotidienne ou une activité physique ? Oui Non

B) Diagnostic ou traitement relativement à une hypertension artérielle ou à une tension artérielle au repos de 160/90 mmHg ou plus ? Oui Non

C) Vertiges ou étourdissements durant l'activité physique ? Oui Non

D) Essoufflement au repos ? Oui Non

E) Perte de conscience/évanouissement pour quelque raison que ce soit? Oui Non

F) Commotion ? Oui Non

2. Présentez-vous actuellement de la douleur ou une enflure à une partie de votre corps (par exemple, blessure, poussée aiguë d'arthrite ou douleur au dos) qui nuit à votre capacité de mener une vie active? Oui Non

3. Un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé d'éviter ou de modifier certains types d'activité physique ? Oui Non

4. Avez-vous tout autre problème médical ou physique (par exemple diabète, cancer, ostéoporose, asthme, lésion médullaire) qui pourrait nuire à votre capacité de mener une vie active ? Oui Non

Participation aux cours en groupe

Nous vous rappelons que les cours en groupe ne sont pas des interventions individualisées. Lors du déroulement d'une séance, la responsabilité d'exécuter un exercice/ une posture ou non vous revient entièrement. Il est également de votre responsabilité de tenir informé votre instructeur de tout changement dans votre état de santé.