

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

DIAGNOSTIC SECONDAIRE (Pathologie transmissible)

HISTOIRE MÉDICALE: L'individu est-il sujet à des troubles :

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Musculaire | <input type="checkbox"/> Osseux | <input type="checkbox"/> Pulmonaire | <input type="checkbox"/> Articulaire |
| <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> Tension Artérielle | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Système nerveux | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Diabètes | <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Visuel | <input type="checkbox"/> Infections | <input type="checkbox"/> Auditif |
| <input type="checkbox"/> Hépatites B | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> | |

QUELLES SONT LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES DÉCOULANT DE CE(S) DIAGNOSTIC(S)?

A VOTRE AVIS, Y A-T-IL DES CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES À CE QUE CETTE PERSONNE PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES?

oui _____ non _____ SI OUI, QUELLES SONT CES CONTRE-INDICATIONS?

Y A-T-IL UNE PRISE DE MÉDICATION AVEC INFLUENCE SUR L'ENTRAÎNEMENT?

COMMENTAIRES:

IDENTIFICATION DU MÉDECIN	Date: _____
Nom: _____	
Adresse: _____	Téléphone: (_____) _____
Signature: _____	Numéro de pratique: _____