**Une image contenant texte, Police, logo, symbole

Description générée automatiquementQUESTIONNAIRE DE SANTE MOINS 18 ANS**

**SERVICE DES SPORTS**

Pratiquer du sport : c’est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T’a-t ’il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n’est pas un contrôle. Tu répons par OUI ou par NON, mais il n’y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t’aider.

Tu es ? Une fille Un garçon Quel âge tu as ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON** | **OUI** | **NON** |
| **Depuis l’année dernière** | | |
| Es-tu allé(e) à l’hôpital pendant tout une journée ou plusieurs jours ? |  |  |
| As-tu été opéré(e) ? |  |  |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? |  |  |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? |  |  |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? |  |  |
| As-tu perdu connaissance ou es‐tu tombé sans te souvenir ce qui s’était passé ? |  |  |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t’ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? |  |  |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d’habitude ? |  |  |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? |  |  |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? |  |  |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? |  |  |
| As-tu arrêté le sport à cause d’un problème de santé pendant un mois ou plus ? |  |  |
| **Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)** | | |
| Te sens‐tu très fatigué(e) ? |  |  |
| As-tu du mal à t’endormir ou te réveilles‐tu souvent dans la nuit ? |  |  |
| Sens‐tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ? |  |  |
| Te sens‐tu triste ou inquiet ? |  |  |
| Pleures‐tu plus souvent ? |  |  |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d’une blessure que tu t’es faite cette année ? |  |  |
| **Aujourd’hui** | | |
| Penses‐tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? |  |  |
| Penses‐tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? |  |  |
| Souhaites‐tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? |  |  |
| **Question à faire remplir par tes parents** | | |
| Quelqu’un dans votre famille proche a‐t‐il eu une maladie grave au cœur ou du cerveau, ou est‐il décédé subitement avant l’âge de 50 ans ? |  |  |
| Etes‐vous inquiet pour son poids ? Trouvez‐vous qu’il se nourrit trop ou pas assez ? |  |  |

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu’il t’examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne‐lui ce questionnaire rempli.