

QUESTIONNAIRE DE SANTE MINEUR

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS

Votre enfant a t il beaucoup grossi ou maigri ?

OuiNon

Votre enfant ressent il une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure faite cette année ?

OuiNon

Votre enfant a t il commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?

OuiNon

Votre enfant a t il la tête qui tourne pendant un effort ?

OuiNon

Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?

OuiNon

QUESTIONNAIRE AUX ENFANTS

RECEMENT

As-tu eu beaucoup plus de mal à respirer après un effort ?

OuiNon

As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

OuiNon

Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?

OuiNon

Pleures-tu plus souvent ?

OuiNon

As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?

OuiNon

Au cours des 12 derniers mois

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?

OuiNon

As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

OuiNon

Penses tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?

OuiNon

Es-tu allé à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?

OuiNon

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

OuiNon

Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?

OuiNon

as-tu été opéré durant les 12 derniers mois ?

OuiNon

Te sens-tu très fatigué ?

OuiNon

Te sens tu triste ou inquiet ?

OuiNon

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.

OK