



QUESTIONNAIRE MEDICAL PRE-COMBAT – BOXE-QUEBEC

Date : _____

Site : _____

Questions destinées à l'entraîneur :

Nom : _____

(Écrire en lettres moulées)

Avez-vous remarqué un changement ou diminution chez votre boxeur au niveau :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. de l'attention ou de la concentration : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. de la mémoire : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. de l'élocution : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. du comportement : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. de l'entraînement (rapidité) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Signature de l'entraîneur: _____

Questions destinées au boxeur(se) :

Nom : _____

(Écrire en lettres moulées)

Portez-vous des lentilles cornéennes : Oui Non

Avez-vous éprouvé dernièrement les symptômes suivants :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. maux de tête : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. nausées ou vomissement : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. vue embrouillée ou double : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. étourdissement : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous pris des médicaments depuis les 90 derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
- Si oui, lesquels? _____

Pour les boxeuses :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Avez-vous remarqué des masses aux seins, saignements ou toute autre anomalie de la glande mammaire? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous remarqué récemment une anomalie quelconque liée à la menstruation comme l'absence de menstruation ou des saignements vaginaux anormaux avec ou sans douleur (sensibilité) dans la région pelvienne qui ne concordent pas avec vos règles normales? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. une possibilité de grossesse? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. une confirmation de grossesse? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Signature de l'athlète: _____