

Questionnaire de dépistage de la **tolérance à l'entraînement** (établi par la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport)

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Profession :	Si vous êtes étudiant, êtes-vous en période d'examens ? oui non	Examen le

Quelle est votre discipline sportive principale ?	Je fais des contre-performances	oui non
Quel est votre niveau de pratique ?	je m'enrhume fréquemment	oui non
Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ?	J'ai des problèmes de mémoire	oui non
Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale ?	Je grossis	oui non
Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ?	Je me sens souvent fatigué-e	oui non
Nombre de compétitions dans la mois qui précède (en journées de compétition) ?	Je me sens en état d'infériorité	oui non
Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les.	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	oui non
Y a-t-il eu au cours du dernier mois un évènement ayant perturbé votre vie personnelle ?	J'ai plus souvent mal à la tête	oui non
Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ?	Je manque d'entrain	oui non
Prenez-vous un traitement actuellement ?	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	oui non
<i>Si oui, lequel ?</i>	Je me confie moins facilement	oui non
Avez-vous effectué un stage en altitude dans les 15 derniers jours ?	Je suis souvent patraque	oui non
Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autre raison) ?	J'ai plus souvent mal à la gorge	oui non
FEMMES : Avez-vous des troubles des règles ?	Je me sens nerveux-se, tendu-r, inquiet-e	oui non
	Je supporte moins bien mon entraînement	oui non
	Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos	oui non
	Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort	oui non
	Je suis souvent mal fichu-e	oui non
	Je me fatigue plus facilement	oui non
	J'ai souvent des troubles digestifs	oui non
	J'ai envie de rester au lit	oui non
	J'ai moins confiance en moi	oui non
	Je me blesse facilement	oui non
	J'ai plus de mal à rassembler mes idées	oui non
	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	oui non
	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	oui non
	J'ai perdu de la force, du punch	oui non
	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	oui non
	Je dors plus	oui non
	Je tousse plus souvent	oui non
	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	oui non
	Je prends moins de plaisir à mes loisirs	oui non
	Je m'irrite plus facilement	oui non
	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	oui non
	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	oui non
	Les séances sportives me paraissent trop difficiles	oui non
	C'est ma faute si je réussis moins bien	oui non
	J'ai les jambes lourdes	oui non
	J'égare plus facilement les objets (clés etc.)	oui non
	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	oui non
	Je maigris	oui non
	Je me sens moins motivé-e, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	oui non

Examen pratiqué par le Dr	Commentaires
Demande de(s) bilan(s) complémentaire(s) OUI NON	