

QUESTIONNAIRE PSYCHOLOGIQUE

Examen préventif non pris en charge par la CPAM

Fiche à remplir en respectant la confidentialité avec le sportif

Nom : Prénom : Date de Nais. :

Marquer d'un trait vertical votre évaluation sur le curseur entre mauvais et excellent

NIVEAU D'ANXIÉTÉ

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|
| 1. Qualité du sommeil, de l'endormissement, du stress | Mauvais [- - - - -] | Excellent |
| 2. Anxiété de performance scolaire et sportive ? | Mauvais [- - - - -] | Excellent |
| 3. Plaintes somatiques répétées avec examen clinique normal ?
(<i>Spasmophilie</i>) | Mauvais [- - - - -] | Excellent |
| 4. Absentéisme scolaire ou sportif ? (Perfectionnisme) | Mauvais [- - - - -] | Excellent |

CONDUITES à RISQUES et OPPOSITIONNELLES

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|
| (<i>auto agressivité , hétéro agressivité , consommation de toxiques , ivresses , sexualité précoce , sexualité non protégée , conduite dangereuse , résultats scolaires en baisse etc. .. ?</i>) | Mauvais [- - - - -] | Excellent |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|

DIFFICULTÉS ALIMENTAIRES.

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|
| (<i>Vomissements post prandiaux, anorexie, boulimie, laxatifs etc... ?</i>) | Mauvais [- - - - -] | Excellent |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|

L'HUMEUR

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|
| (<i>Tristesse, perte de l'élan vital, sommeil refuge, réveil fatigué, hyperactivité etc.. ?</i>) | Mauvais [- - - - -] | Excellent |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|

QUALITÉ RELATIONNELLE avec :

- | | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------|-----------|
| 1. La famille, | Mauvais [- - - - -] | Excellent |
| 2. Les amis, | Mauvais [- - - - -] | Excellent |
| 3. Le club, (<i>isolement, bizarreries etc... ?</i>). | Mauvais [- - - - -] | Excellent |

UN SUIVI serait-il SOUHAITABLE ?

OUI/NON

OBSERVATIONS

Nom et cachet du Psychologue

Nom et cachet du Médecin

Date :

Date :

Cette fiche doit être remplie soit:

- ✓ par un médecin
- ✓ par un psychologue à la demande du médecin et visée par ce dernier.