



## QUESTIONNAIRE SUR LA TOLERANCE A L'ENTRAINEMENT

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

<b>Quelle est votre discipline sportive principale ?</b>		Je fais des contre-performances .....	oui non
<b>Quel est votre niveau de pratique ?</b>		je m'enrhume fréquemment .....	oui non
Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ? .....	heure(s)	J'ai des problèmes de mémoire .....	oui non
Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale ? .....	heure(s)	Je grossis .....	oui non
Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ? .....	heure(s)	Je me sens souvent fatigué-e .....	oui non
Nombre de compétitions dans la mois qui précède (en journées de compétition) ? .....	jour(s)	Je me sens en état d'infériorité .....	oui non
<b>Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les.</b>		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 ? .....	oui non	J'ai plus souvent mal à la tête .....	oui non
Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? .....	oui non	Je manque d'entrain .....	oui non
Prenez-vous un traitement actuellement ? .....	oui non	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 ? .....	oui non	Je suis souvent patraque .....	oui non
Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autre raison) ? .....	oui non	J'ai plus souvent mal à la gorge .....	oui non
<b>FEMMES :</b> Avez-vous des troubles des règles ? .....	oui non	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

<b>Examen pratiqué par le Dr</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Demande de(s) bilan(s) complémentaire(s)</b> <b>OUI   NON</b>	

DATE & CACHET & SIGNATURE