

SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE DES SPORTIFS ESPOIRS ET DE HAUT-NIVEAU
Questionnaire de dépistage de SURENTRAINEMENT (établi par la Société Française de Médecine du Sport)

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

<p>Quelle est votre discipline sportive principale ?</p> <p>Quel est votre niveau de pratique ?</p> <p>Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ? heure(s)</p> <p>Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale ? heure(s)</p> <p>Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ? heure(s)</p> <p>Nombre de compétitions dans la mois qui précède (en journées de compéition) ? jour(s)</p> <p>Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les.</p> <p>Y a-t-il eu au cours du dernier mois un évènement ayant perturbé votre vie personnelle ? oui non</p> <p>Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? oui non</p> <p>Prenez-vous un traitement actuellement ? oui non</p> <p><i>Si oui, lequel ?</i></p> <p>Avez-vous effectué un stage en altitude dans les 15 derniers jours ? oui non</p> <p>Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autre raison) ? oui non</p> <p>FEMMES : Avez-vous des troubles des règles ? oui non</p> <p>Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :</p> <p>Mon niveau de performance est :</p> <p style="text-align: center;"><i>Mauvais</i> < -----> <i>Excellent</i></p> <p>Je me fatigue :</p> <p style="text-align: center;"><i>Plus lentement</i> < -----> <i>Plus rapidement</i></p> <p>Je récupère de mon état de fatigue :</p> <p style="text-align: center;"><i>Plus vite</i> < -----> <i>Plus lentement</i></p> <p>Je me sens :</p> <p style="text-align: center;"><i>Très détendu-e</i> < -----> <i>Très anxieux-se</i></p> <p>J'ai la sensation que ma force musculaire a :</p> <p style="text-align: center;"><i>Augmenté</i> < -----> <i>Diminué</i></p> <p>J'ai la sensation que mon endurance a :</p> <p style="text-align: center;"><i>Augmenté</i> < -----> <i>Diminué</i></p> <p>Ce dernier mois :</p> <p>Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué oui non</p> <p>Je ne soutiens pas autant mon attention oui non</p> <p>Mes proches estiment que mon comportement a changé oui non</p> <p>J'ai une sensation de poids sur la poitrine oui non</p> <p>J'ai une sensation de palpitation oui non</p> <p>J'ai une sensation de gorge serrée oui non</p> <p>J'ai moins d'appétit qu'avant oui non</p> <p>Je mange davantage oui non</p> <p>Je dors moins bien oui non</p> <p>Je somnole et baille dans la journée oui non</p> <p>Les séances me paraissent trop rapprochées oui non</p> <p>Mon désir a diminué oui non</p>	<p>Je fais des contre-performances oui non</p> <p>je m'enrhume fréquemment oui non</p> <p>J'ai des problèmes de mémoire oui non</p> <p>Je grossis oui non</p> <p>Je me sens souvent fatigué-e oui non</p> <p>Je me sens en état d'infériorité oui non</p> <p>J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes oui non</p> <p>J'ai plus souvent mal à la tête oui non</p> <p>Je manque d'entrain oui non</p> <p>J'ai parfois des malaises ou des étourdissements oui non</p> <p>Je me confie moins facilement oui non</p> <p>Je suis souvent patraque oui non</p> <p>J'ai plus souvent mal à la gorge oui non</p> <p>Je me sens nerveux-se, tendu-r, inquiet-e oui non</p> <p>Je supporte moins bien mon entraînement oui non</p> <p>Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos oui non</p> <p>Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort oui non</p> <p>Je suis souvent mal fichu-e oui non</p> <p>Je me fatigue plus facilement oui non</p> <p>J'ai souvent des troubles digestifs oui non</p> <p>J'ai envie de rester au lit oui non</p> <p>J'ai moins confiance en moi oui non</p> <p>Je me blesse facilement oui non</p> <p>J'ai plus de mal à rassembler mes idées oui non</p> <p>J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive oui non</p> <p>Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles oui non</p> <p>J'ai perdu de la force, du punch oui non</p> <p>J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler oui non</p> <p>Je dors plus oui non</p> <p>Je tousse plus souvent oui non</p> <p>Je prends moins de plaisir à mon activité sportive oui non</p> <p>Je prends moins de plaisir à mes loisirs oui non</p> <p>Je m'irrite plus facilement oui non</p> <p>J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle oui non</p> <p>Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre oui non</p> <p>Les séances sportives me paraissent trop difficiles oui non</p> <p>C'est ma faute si je réussis moins bien oui non</p> <p>J'ai les jambes lourdes oui non</p> <p>J'égare plus facilement les objets (clés etc.) oui non</p> <p>Je suis pessimiste, j'ai des idées noires oui non</p> <p>Je maigris oui non</p> <p>Je me sens moins motivé-e, j'ai moins de volonté, moins de ténacité oui non</p>
--	---

Examen pratiqué par le Dr	Commentaires et signature/cachet :
---------------------------	------------------------------------