

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 ?	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
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 ?	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
FEMMES : Avez-vous des troubles des règles ?	oui	non		Je me sens nerveux-se, tendu-r, inquiet-e	oui	non
Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :				Je supporte moins bien mon entraînement	oui	non
Mon niveau de performance est :				Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos	oui	non
<i>Mauvais</i> <----->		<i>Excellent</i>		Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort	oui	non
Je me fatigue :				Je suis souvent mal fichu-e	oui	non
<i>Plus lentement</i> <----->		<i>Plus rapidement</i>		Je me fatigue plus facilement	oui	non
Je récupère de mon état de fatigue :				J'ai souvent des troubles digestifs	oui	non
<i>Plus vite</i> <----->		<i>Plus lentement</i>		J'ai envie de rester au lit	oui	non
Je me sens :				J'ai moins confiance en moi	oui	non
<i>Très détendu-e</i> <----->		<i>Très anxieux-se</i>		Je me blesse facilement	oui	non
J'ai la sensation que ma force musculaire a :				J'ai plus de mal à rassembler mes idées	oui	non
<i>Augmenté</i> <----->		<i>Diminué</i>		J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	oui	non
J'ai la sensation que mon endurance a :				Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	oui	non
<i>Augmenté</i> <----->		<i>Diminué</i>		J'ai perdu de la force, du punch	oui	non
Ce dernier mois :				J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	oui	non
Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué	oui	non		Je dors plus	oui	non
Je ne soutiens pas autant mon attention	oui	non		Je tousse plus souvent	oui	non
Mes proches estiment que mon comportement a changé	oui	non		Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	oui	non
J'ai une sensation de poids sur la poitrine	oui	non		Je prends moins de plaisir à mes loisirs	oui	non
J'ai une sensation de palpitation	oui	non		Je m'irrite plus facilement	oui	non
J'ai une sensation de gorge serrée	oui	non		J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	oui	non
J'ai moins d'appétit qu'avant	oui	non		Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	oui	non
Je mange davantage	oui	non		Les séances sportives me paraissent trop difficiles	oui	non
Je dors moins bien	oui	non		C'est ma faute si je réussis moins bien	oui	non
Je somnole et baille dans la journée	oui	non		J'ai les jambes lourdes	oui	non
Les séances me paraissent trop rapprochées	oui	non		J'égare plus facilement les objets (clés etc.)	oui	non
Mon désir a diminué	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	