

Questionnaire Laboratoire du sport

| | |
|--|--|
| Date de l'examen (jour/mois/année): | _____ |
| Nom de l'institut/cabinet qui conduit l'examen: | _____ |
| Nom, Prénom: | _____ |
| Date de naissance (jour/mois/année): | _____ |
| Discipline sportive: | _____ |
| Swiss Olympic (Talents) Card: | |
| <input type="checkbox"/> Swiss Olympic Gold Card | <input type="checkbox"/> Swiss Olympic Talents Card National |
| <input type="checkbox"/> Swiss Olympic Silber Card | <input type="checkbox"/> Swiss Olympic Talents Card Regional |
| <input type="checkbox"/> Swiss Olympic Bronze Card | <input type="checkbox"/> Swiss Olympic (Talents) Card |
| <input type="checkbox"/> Swiss Olympic Elite Card | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Taille en centimètres: | _____ cm |
| Poids, le matin à jeun: | _____ kg |
| Sexe: | <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin |

1. Cochez si vous avez **actuellement les troubles médicaux** suivants:

- troubles intestinaux
- Problèmes de digestion comme acidité gastrique, constipation, diarrhée, douleurs à l'estomac
- Intolérances alimentaires
- Maladies cardiaques
- Maladies pulmonaires
- Maladies neurologiques
- Allergies
- Rhume des foins, asthme
- Maladies cancéreuses
- Tension artérielle trop haute
- autres, à savoir:
- autres, à savoir:

Voici quelques questions concernant votre **discipline sportive** ainsi que l'**entraînement**:

2. Quelle est votre discipline sportive principale:
3. Depuis quand vous entraînez-vous au moins 3 x par semaine:
4. Combien d'heures vous êtes-vous entraîné durant les 3 derniers mois?
..... heures par semaine
5. Combien d'heures vous êtes-vous entraîné durant la dernière année?
..... heures par semaine

6. Comment estimez-vous votre état de forme actuellement ?

- mauvais moyen élevé

Votre manière de vous **alimenter** nous intéresse, tout particulièrement si vous suivez un régime spécial.

7. Qu'est-ce qui est exact ?

- Je mange plus ou moins de tout, donc également de la viande au moins deux jours par semaine
 Je mange de tout, mais ne mange pas beaucoup de viande (<2 x par semaine)
 Je me nourris de manière végétarienne sans viande, mais je mange des produits venant de la production animale (lait, oeufs)
 Je ne mange ni viande ni produits de production animale (végétalien)

8. Si vous êtes végétarien ou végétalien, depuis combien de temps vous nourrissez-vous ainsi?

depuis (mois/année)

9. Votre poids a-t-il fluctué durant les 3 derniers mois?

- oui
 non
 je ne sais pas

Si oui, précisez:

- variations du poids corporel de moins de 2 kg
 variations du poids corporel de plus de 2 kg

10. Durant la dernière année, la différence entre le poids le plus bas et le plus élevé était de kg

11. Veuillez noter tous les médicaments ou suppléments alimentaires que vous avez consommé durant l'année écoulée

→ N'oubliez pas, s.v.p. les préparations à base de fer ou de vitamines

| Médicament | Dose | début |
|--|----------------------|-------------------|
| <i>p.ex.</i> | <i>12 mg 3x jour</i> | <i>01.01.2012</i> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Suppléments (vitamines, fer, minéraux) | Dose | début |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Voici quelques questions pour les femmes uniquement.

→ Les hommes continuent à la question 17

12. Quand avez-vous eu vos premières **règles**?

..... (âge en années)

→ Si vous n'avez encore pas eu vos règles, vous pouvez sauter les questions 13-16.

13. Avez-vous actuellement des **règles régulières**, c'est à dire au moins 9 et au maximum 15 règles par an?

- oui
- non, moins de 9 règles par an
- non, plus de 15 règles par an

14. Si vous avez les règles soit **trop peu souvent ou trop fréquemment**, combien en avez-vous à peu près durant une année? par an

15. Si vous avez des **règles irrégulières**, quand cela a-t-il commencé?

..... (Mois/ année)

16. Prenez-vous la pilule **contraceptive** ou utilisez-vous une autre méthode hormonale de contraception?

- non
- oui, la pilule depuis (Année)
- oui, un anneau chargé d'estrogènes depuis (Année)
- oui, sous forme de dépôt sous-cutané, depuis..... (Année)
- oui, autres: depuis..... (Année)

17. Souffrez-vous actuellement d'une **infection aigue** (p.ex. rhume, grippe, toux, infections de la peau)?

- oui
- non

Si oui cochez ce qui convient:

- rhume depuis (Jour/mois/année)
- mal à la gorge depuis(Jour/mois/année)
- Infection grippale avec fièvre >38.5°C depuis..... (Jour/mois/année)
- Infection grippale sans fièvre depuis(Jour/mois/année)
- Infection des intestins depuis(Jour/mois/année)
- Infection respiratoire (bronchite, toux) depuis (Jour/mois/année)
- Infection urinaire depuis (Jour/mois/année)
- autres infections, soit Depuis(Jour/mois/année)

18. Nous aimerions savoir si vous avez souffert durant l'année écoulée ou si vous souffrez actuellement de:

| | actuellement | 3 derniers mois | année écoulée |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Maux de tête | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respiration courte ou essoufflement inhabituel durant une activité physique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pouls irrégulier, battements cardiaques irréguliers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maux de ventre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la sensibilité ou des fourmillements aux mains ou pieds | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les commissures des lèvres rouges, fendillées ou présentant des squames | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altérations des ongles des pieds ou des doigts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficultés de déglutition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brûlures sur la langue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chute des cheveux (tête) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aphtes dans la bouche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Dans le courant de notre vie nous avons tous des périodes durant lesquelles on se sent très fatigué ou abattu. Vous êtes-vous senti inhabituellement fatigué ou abattu **durant la semaine écoulée?**

- Oui
 Non

20. Cochez le chiffre qui correspond à votre état de fatigue ou d'abattement en **ce moment précis**:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aucune fatigue | | | | | | | | fatigue la plus importante imaginable | |

21. Cochez le chiffre qui correspond à l'état de fatigue **habituel** durant les 24 dernières heures:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aucune fatigue | | | | | | | | fatigue la plus importante imaginable | |

22. Cochez le chiffre qui correspond à l'état de fatigue le **plus important** durant les 24 dernières heures:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aucune fatigue | | | | | Fatigue la plus importante imaginable | | | | |

23. Cochez le chiffre qui correspond à l'importance par laquelle votre état de fatigue vous a **indisposé** durant les 24 dernières heures:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aucune fatigue | | | | | Fatigue la plus importante imaginable | | | | |

24. Les mots suivants décrivent des sentiments divers. Cochez pour chaque mot la case qui correspond le mieux à votre sentiment **durant la semaine passée, y compris aujourd'hui**. Veillez à n'oublier aucune ligne.

Durant la semaine écoulée je me suis senti:

Pas du tout Un peu passablement sérieusement Très fortement

| | | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Furieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abattu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malheureux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trépidant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peu sûr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Languissant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Triste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Renfrogné | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peiné | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entreprenant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anxieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sans espoir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Surexcité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigué | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fâché | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Durant la semaine écoulée je me suis senti:

Pas du tout Un peu passablement sérieusement Très fortement

| | | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Démoralisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Joyeux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aigri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epuisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mélancolique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Désespéré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endormi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Démuni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fourbu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Furibond | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fougueux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mal tourné | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inférieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Effrayé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dynamique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exténué | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. Veuillez répondre aux questions ayant trait **directement à l'entraînement sportif**.

| | Actuellement | Derniers 3 mois | Année écoulée |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Je n'ai/n'avais pas de problèmes du tout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Limitations générales physiques ou psychiques durant l'entraînement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Performance physique limitée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs musculaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Récupération ralentie après l'entraînement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigue inhabituelle durant l'entraînement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigue inhabituelle après l'entraînement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sauts d'humeur | | | |

26. Comment décrivez-vous la couleur de votre peau à la face interne de votre bras (= couleur de votre peau sans hâle) ?

- Très clair
- Clair
- Légèrement foncé
- Foncé (Type indien)
- Noir (Type africain)

27. Qu'est-ce que se passerait si vous exposiez régulièrement votre peau durant l'été au soleil sans vous protéger par de la crème solaire ?

- Elle bronzerait à fond
- Elle bronzerait légèrement
- Elle bronzerait passablement
- Elle ne bronzerait jamais/presque jamais et présenterait seulement des taches de rousseur

28. Combien de temps durant une semaine normale **êtes-vous dehors?**

| | | |
|--|------------|--------------------------|
| Semestre d'été (Avril - septembre) | La semaine | Heures par semaine |
| | Le weekend | Heures par semaine |
| Semestre d'hiver (Octobre - mars) | La semaine | Heures par semaine |
| | Le weekend | Heures par semaine |

29. Si vous êtes dehors, est-ce que vous utilisez une **crème de protection solaire** ?

toujours

dans 50% des cas

jamais/presque
jamais

UN GRAND MERCI POUR VOTRE EFFORT!

En collaboration avec :

Kantonsspital Aarau

