

## QUESTIONNAIRE DE CONTRÔLE MÉDICAL ET D'APTITUDE PHYSIQUE À DES ACTIVITÉS DE PLEIN AIR INTENSIVES EN RÉGION ÉLOIGNÉE

Pour la plupart des gens, les activités physiques se déroulant loin des centres urbains ne présentent pas de risque pour la santé. Ce questionnaire a été conçu pour déceler le petit nombre d'individus pour lesquels ces activités physiques ne sont pas appropriées ou ceux qui doivent recevoir les conseils d'un médecin pour vérifier si les activités proposées sont appropriées à leur condition physique et de santé.

NOM: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

NO. ASSURANCE MALADIE: \_\_\_\_\_ GROUPE SANGUIN: \_\_\_\_\_

CONTACTS EN CAS D'URGENCE:

NOM: \_\_\_\_\_ TÉL: \_\_\_\_\_ LIEN: \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ TÉL: \_\_\_\_\_ LIEN: \_\_\_\_\_

**Nous vous prions de répondre CONSCIENCIEUSEMENT à ces quelques questions.**

OUI NON

- 1-Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez ou avez peut-être un problème cardiaque?
- 2-Avez-vous des douleurs à la poitrine ou au coeur à l'effort, au repos?
- 3-Ressentez-vous des étourdissements ou des faiblesses au repos à l'effort, au froid, à la chaleur?
- 4-Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée?
- 5-Souffrez-vous de troubles articulaires ou osseux qui pourraient être aggravés par des activités physiques intensives et des conditions climatiques difficiles (froid, humidité)?  
Spécifiez: \_\_\_\_\_
- 6-Souffrez-vous d'allergies (pollen, froid, animaux, noix lait, etc.)  
Spécifiez: \_\_\_\_\_
- 7-Prenez-vous des médicaments de façon régulière?  
Lesquels: \_\_\_\_\_
- 8-Avez-vous de la difficulté à vous adapter à la chaleur ou au froid?
- 9-Avez-vous une ou des phobies (Peur des hauteurs, de l'eau, des insectes, de la noirceur, dans des endroits restreints, etc.)?  
Spécifiez: \_\_\_\_\_
- 10-Portez-vous des verres (lunettes) ou lentilles cornéennes?
- 11-Avez-vous des problèmes visuels tels que difficulté de juger les distances et les hauteurs, très grande sensibilité à la lumière intense ou autres problèmes ne pouvant être corrigés avec des verres ou lentilles cornéennes?  
Spécifiez: \_\_\_\_\_
- 12-Avez-vous des problèmes auditifs assez importants pour avoir de la difficulté à communiquer avec des personnes lorsqu'elles sont près ou loin de vous?  
Spécifiez: \_\_\_\_\_
- 13-Avez-vous des problèmes dermatologiques (peau) qui apparaissent ou sont aggravés par le soleil, la chaleur, le froid, etc.  
Spécifiez: \_\_\_\_\_
- 14-Souffrez-vous d'engourdissement au travail, au repos ou lors de tout autre genre d'activité?
- 15-Êtes-vous hémophile ou prenez-vous des médicaments qui éclaircissent votre sang?  
Lesquels: \_\_\_\_\_
- 16-Ressentez-vous de la douleur, de la chaleur ou des crampes dans les mollets lorsque vous marchez dans une pente ou que vous montez un escalier?
- 17-Avez-vous, ou avez-vous déjà eu des problèmes respiratoires (asthme, difficulté respiratoire à l'effort, au froid, à l'humidité, à la chaleur, beaucoup de sécrétions provenant des poumons à l'effort, etc.)?  
Spécifiez: \_\_\_\_\_
- 18-Existe-t-il d'autres raisons d'ordre physique ou mentale qui vous empêcheraient de partir avec un groupe loin des centres urbains et dans les conditions décrites par le responsable de l'activité?  
Spécifiez: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ TÉMOIN: \_\_\_\_\_