

## 07 - QUESTIONNAIRE DE SANTE

Le Médecin-conseil du Prix de Lausanne peut être contacté à l'adresse suivante:

**Docteur Carlo Bagutti**  
Vidy Med, Route de Chavannes 11  
1000 Lausanne 23  
tél. 41 21/ 622 87 00  
fax 41 21/622 87 02

e-mail: prixdelausanne@vidymed.ch

**Nom et prénom du candidat:**

**Date de naissance (jour/mois/année):**

**Anamnèse:**

**Le/la candidat/e a-t-il/elle déjà rencontré des problèmes médicaux?**      oui       non

Diagnostics:

**Parents**

**Mère**

Initiales:

Date de naissance:

Poids corporel:

Taille:

**Père**

Initiales:

Date de naissance:

Poids corporel:

Taille:

**La candidate a-t-elle déjà eu ses premières règles?**      oui       non

Age de survenue des premières règles:

A-t-elle une absence de règle depuis plus de trois mois?      oui       non

**Le/la candidat/e a-t-il/elle déjà souffert d'une fracture de fatigue (stress fracture)?**      oui       non

Dans l'affirmative, précisez la date et la localisation:

**Allergies:**

Y a-t-il des réactions connues à des médicaments, à des aliments?      oui       non

Dans l'affirmative, préciser svp:

**Comportement alimentaire:**

Y a-t-il une notion de trouble du comportement alimentaire chez le/la candidat/e actuellement, dans son passé, ou dans la famille proche?      oui       non

Dans l'affirmative, préciser svp:

**Type d'alimentation :**

- variée
- végétarienne
- sans produits laitiers
- sans/limitée en hydrates de carbone
- sans/limitée en graisses
- autre (spécifier)

Nombre de portions de fruits/légumes par jour

0 à 1       1 à 2       2 à 3       3 à 4       4 à 5       5 ou plus

**Nom et prénom du candidat:**

**Intensité de l'activité physique**

Age du début de la danse:

Nombre d'heures de danse par semaine (en moyenne) depuis une année:

**Mode de Vie**

Tabagisme

Jamais fumé

occasionnellement

régulièrement

Alcool

Jamais bu d'alcool

occasionnellement

régulièrement

**Médicaments:**

Le/la candidat/e fait-il/elle usage de médicaments, de substances homéopathiques ou phytothérapeutiques?

oui

non

Dans l'affirmative, préciser svp:

A-t-il/elle déjà fait usage des substances suivantes:

oui

non

Souligner ce qui convient: analgésiques, tranquillisants, laxatifs, amphétamines, anabolisants, stupéfiants.

**Développement staturo-pondéral:**

Veillez svp indiquer sur le diagramme annexé les données connues quant au poids et à la taille du/de la candidat/e au cours de sa croissance.

**Examen physique:**

L'état de santé et en particulier l'état nutritionnel du/de la candidat/e est-il

satisfaisant

bon

excellent

Poids corporel:

kg

Taille:

cm

Tension artérielle:

mm Hg

Pulsations:

/minute

**Lieu et date:**

**Signature du médecin:**

Adresse du médecin (caractères occidentaux afin de pouvoir envoyer du courrier pour d'éventuelles informations complémentaires):

E-mail:

Téléphone :

Fax: