

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: