

ENQUÊTE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Déclaration de consentement

Le Prix de Lausanne vise à améliorer et à protéger la santé des danseurs. Dans ce but, la détermination des caractéristiques de votre état de santé est importante. Pour atteindre cet objectif, le Prix de Lausanne procédera à une analyse scientifique des données anonymes sur la santé des danseurs afin de définir les futures stratégies de protection de la santé. Toutes les informations seront traitées de manière strictement confidentielle. Les documents de santé seront conservés dans une base de données cryptée et sécurisée pour la recherche en sciences de la santé à l'Université McMaster, au Canada. Ils seront rendus anonymes et détruits après l'analyse statistique. La confidentialité de toutes les informations d'identification sera assurée afin qu'aucun danseur ne puisse être identifié. De même, les résultats seront communiqués au niveau du groupe, de sorte que les résultats individuels ne pourront pas être identifiés.

Si vous êtes âgé de plus de 18 ans, veuillez signer votre consentement pour participer à l'étude de promotion de la santé.

NOM/Prénom _____ DATE _____

Si vous avez moins de 18 ans, l'autorisation des parents ou du tuteur légal est requise pour participer à l'étude de promotion de la santé.

NOM/Prénom _____ DATE _____

Vos droits

Vous pouvez refuser de participer à cette étude en ne donnant tout simplement pas votre accord pour y participer. Afin d'assurer le bon suivi de cette dernière, il est possible qu'un membre du Comité d'éthique de la recherche intégré de Hamilton consulte vos données de recherche. En participant à cette étude, vous autorisez cet accès et vous ne renoncez à aucun des droits auxquels vous pouvez prétendre en vertu de la loi.

Votre équipe de recherche

Dr. Carlo Bagutti (médecine du sport) Prix de Lausanne – Suisse

Clinical Professor Margo Mountjoy (médecine du sport, sciences du sport)
McMaster University – Canada

Dr. Astrid Junge (sciences du sport) University of Hamburg - Allemagne

ETAT DE SANTE

1. Au moment de la réalisation de cette enquête pour le Prix de Lausanne, ...	
... avez-vous des difficultés à participer aux entraînements et aux spectacles en raison d'une blessure, d'une maladie ou d'autres problèmes de santé ?	<input type="checkbox"/> pleine participation sans problèmes de santé <input type="checkbox"/> pleine participation, mais avec des problèmes de santé <input type="checkbox"/> participation réduite en raison d'un problème de santé <input type="checkbox"/> n'a pas pu participer en raison d'un problème de santé
... dans quelle mesure modifiez-vous votre entraînement en raison d'une blessure, d'une maladie ou d'autres problèmes de santé ?	<input type="checkbox"/> aucune modification <input type="checkbox"/> dans une moindre mesure <input type="checkbox"/> dans une mesure modérée <input type="checkbox"/> dans une large mesure
... dans quelle mesure une blessure, une maladie ou d'autres problèmes de santé affectent-ils vos performances ?	<input type="checkbox"/> aucun effet <input type="checkbox"/> dans une moindre mesure <input type="checkbox"/> dans une mesure modérée <input type="checkbox"/> dans une large mesure
... dans quelle mesure ressentez-vous des symptômes/des problèmes de santé ?	<input type="checkbox"/> pas de symptômes / problèmes de santé <input type="checkbox"/> dans une certaine mesure <input type="checkbox"/> dans une mesure modérée <input type="checkbox"/> dans une large mesure

2. Veuillez sélectionner l' endroit où vous souffrez le plus d'une affection musculosquelettique (p.ex., une lombalgie) ou d'une blessure (p.ex., une entorse de l'épaule).		
<input type="checkbox"/> aucune douleur/plainte/blessure musculosquelettique (<i>veuillez passer à la question 5</i>)		
<input type="checkbox"/> tête	<input type="checkbox"/> épaule (y compris la clavicule)	<input type="checkbox"/> hanche / aine
<input type="checkbox"/> cou / colonne cervicale	<input type="checkbox"/> haut du bras	<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/> poitrine / côtes	<input type="checkbox"/> coude	<input type="checkbox"/> genou
<input type="checkbox"/> colonne thoracique/haut du dos	<input type="checkbox"/> avant-bras	<input type="checkbox"/> membre inférieur / tendon d'Achille
<input type="checkbox"/> abdomen	<input type="checkbox"/> poignet	<input type="checkbox"/> cheville
<input type="checkbox"/> colonne lombaire / bas du dos	<input type="checkbox"/> main	<input type="checkbox"/> pied / orteils
<input type="checkbox"/> bassin / fesse	<input type="checkbox"/> doigts / pouce	<input type="checkbox"/> autre, précisez _____
2a. Cette plainte/blessure est-elle causée par la danse ?		
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> je ne sais pas		
2b. Cette plainte/blessure est-elle nouvelle, récurrente ou chronique ?		
<input type="checkbox"/> nouvelle (vous n'avez jamais eu cela auparavant) <input type="checkbox"/> récurrente après une guérison complète <input type="checkbox"/> en état d'aggravation/chronique		

3. Veuillez sélectionner le deuxième endroit où vous souffrez le plus d'une affection musculosquelettique ou d'une blessure .		
<input type="checkbox"/> aucune douleur/plainte/blessure musculosquelettique (<i>veuillez passer à la question 5</i>)		
<input type="checkbox"/> tête	<input type="checkbox"/> épaule (y compris la clavicule)	<input type="checkbox"/> hanche / aine
<input type="checkbox"/> cou / colonne cervicale	<input type="checkbox"/> haut du bras	<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/> poitrine / côtes	<input type="checkbox"/> coude	<input type="checkbox"/> genou
<input type="checkbox"/> colonne thoracique/haut du dos	<input type="checkbox"/> avant-bras	<input type="checkbox"/> jambe inférieure / tendon d'Achille
<input type="checkbox"/> abdomen	<input type="checkbox"/> poignet	<input type="checkbox"/> cheville
<input type="checkbox"/> colonne lombaire / bas du dos	<input type="checkbox"/> main	<input type="checkbox"/> pied / orteils
<input type="checkbox"/> bassin / fesse	<input type="checkbox"/> doigts / pouce	<input type="checkbox"/> autre, précisez _____



3a. Cette plainte/blessure est-elle **causée par la danse** ?

non oui je ne sais pas

3b. Cette plainte/blessure est-elle **nouvelle, récurrente ou chronique** ?

nouvelle (vous n'avez jamais eu cela auparavant) récurrente après une guérison complète
 en état d'aggravation/chronique

4. Veuillez sélectionner le troisième **endroit où vous souffrez le plus d'une affection musculosquelettique** ou d'une **blessure**.

aucune douleur/plainte/blessure **musculosquelettique** (*veuillez passer à la question 5*)

<input type="checkbox"/> tête	<input type="checkbox"/> épaule (y compris la clavicule)	<input type="checkbox"/> hanche / aine
<input type="checkbox"/> cou / colonne cervicale	<input type="checkbox"/> haut du bras	<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/> poitrine / côtes	<input type="checkbox"/> coude	<input type="checkbox"/> genou
<input type="checkbox"/> colonne thoracique/haut du dos	<input type="checkbox"/> avant-bras	<input type="checkbox"/> jambe inférieure / tendon d'Achille
<input type="checkbox"/> abdomen	<input type="checkbox"/> poignet	<input type="checkbox"/> cheville
<input type="checkbox"/> colonne lombaire / bas du dos	<input type="checkbox"/> main	<input type="checkbox"/> pied / orteils
<input type="checkbox"/> bassin / fesse	<input type="checkbox"/> doigts / pouce	<input type="checkbox"/> autre, précisez _____

4a. Cette plainte/blessure est-elle **causée par la danse** ?

non oui je ne sais pas

4b. Cette plainte/blessure est-elle **nouvelle, récurrente ou chronique** ?

nouvelle (vous n'avez jamais eu cela auparavant) récurrente après une guérison complète
 en état d'aggravation/chronique

5. Veuillez sélectionner tous les autres **problèmes physiques** (p.ex., maux de tête, douleurs menstruelles) ou **maladies** (p.ex., grippe, diarrhée) dont vous souffrez actuellement.

aucune maladie ou problème physique

<input type="checkbox"/> allergie (p.ex. rhume des foins)	<input type="checkbox"/> diarrhée, nausées, vomissements	<input type="checkbox"/> palpitations cardiaques
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> maux de tête, migraine	<input type="checkbox"/> fatigue, manque d'énergie
<input type="checkbox"/> grippe, sinusite, rhume, toux	<input type="checkbox"/> douleurs menstruelles / crampes	<input type="checkbox"/> autres, précisez _____