

Questionnaire Tests d'Effort

À compléter et à retourner avant le rendez-vous

Nom Prénom

Sexe F M Date de naissance

Téléphone mobile ou fixe

Adresse mail *vous@exemple.fr*

Médecin traitant

Sports pratiqués

Type de test

Antécédents familiaux

Dans votre famille :

Un de vos parents est-il décédé subitement avant 45 ans ? Oui Non

Si oui, quel parent ?

La cause du décès était-elle une maladie du cœur ou des vaisseaux ? (hypertension, infarctus, artérite, autre...) Laquelle ?
.....
.....

Un de vos parents est-il traité pour un problème métabolique ? (cholestérol – diabète – goutte – autre) Oui Non

Quel parent ?

Quel problème ?

Antécédents personnels

Êtes-vous (ou avez-vous été) traité pour :

– Une maladie de cœur ou vaisseaux ? Oui Non

Laquelle / lesquelles ?
.....
.....

– Asthme ou maladie respiratoire ? Oui Non

Laquelle / lesquelles ?
.....
.....

– Une maladie métabolique ? [*diabète, par exemple...*] Oui Non

Laquelle / lesquelles ?
.....
.....

Actuellement, avez-vous les symptômes suivants :

– Malaises de tout type Oui Non

Précisez

– Douleurs thoraciques Oui Non

Précisez

– Palpitations Oui Non

Précisez

– Gêne respiratoire au repos Oui Non

Précisez

– Gêne respiratoire à l'effort Oui Non

Précisez

Précisez

Traitement médicamenteux actuel :
.....
.....
.....

Avez-vous eu un électrocardiogramme (ECG) avec un cardiologue, récemment ?

Oui Non Date :

Avez-vous eu une échographie cardiaque récente ?

Oui Non Date :

Important : Je suis informé(e) que tout test d'effort présente un risque non prévisible d'accident cardiaque, de chute ou de lésion articulaire.

Lu et approuvé	Nom	Prénom
« Lu et approuvé »		

Date	Signature
.....	

Adresse mail *vous@exemple.fr*
.....