



QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-COMBAT FÉMININ – BOXEUSE

1 Questions pour l'entraîneur:

Nom: _____

(écrire en lettres moulées)

Avez-vous remarqué des changements chez la boxeuse sur les points suivants ?

- | | | |
|-------------------------------|---------|---------|
| 1) Attention ou concentration | oui () | non () |
| 2) Mémoire | oui () | non () |
| 3) Discours | oui () | non () |
| 4) Comportement | oui () | non () |
| 5) Entraînement (rapidité) | oui () | non () |

Signature de l'entraîneur: _____

2 Questions pour la boxeuse

Nom: _____

(écrire en lettres moulées)

Avez-vous souffert récemment de l'un des symptômes suivants :

- | | | |
|--|---------|---------|
| 1) Maux de tête | oui () | non () |
| 2) Étourdissements | oui () | non () |
| 3) Nausées ou vomissements | oui () | non () |
| 4) Vision double ou troublée | oui () | non () |
| 5) Avez-vous un perçage corporel (body piercing) ? | oui () | non () |
| 6) Êtes-vous enceinte ? | oui () | non () |
| 7) Avez-vous fait un test de grossesse ? | oui () | non () |
| 8) Avez-vous remarqué récemment des anomalies relatives aux menstruations, absence de menstruations, pertes sanguines anormales, avec ou sans douleur qui ne sont pas cohérentes avec vos menstruations régulières ? | oui () | non () |
| 9) Avez-vous remarqué la présence d'une masse dans un sein, saignement ou tout autre signe anormal? | oui () | non () |
| 10) Avez-vous subi une augmentation mammaire (implant) ou greffe de tissus ? | oui () | non () |
| 11) Avez-vous pris des médicaments au cours des derniers 90 jours ?
(Si oui, quelle sorte : _____) | oui () | non () |

Signature de la boxeuse : _____

**Si vous croyez avoir contracté l'hépatite ou le VIH, vous ne devriez pas boxer
Si vous ne comprenez pas l'une des questions, veuillez aviser le médecin**

3

Nom du médecin : _____ # License : _____

(écrire en lettres moulées)

Signature: _____