

No du combat	Ring	Age	Poids	Nombre de combats
12h Soir				



## QUESTIONNAIRE MEDICAL PRE-COMBAT – BOXE-QUEBEC

Date : \_\_\_\_\_

Site : \_\_\_\_\_

### Questions destinées à l'entraîneur :

Nom : \_\_\_\_\_

(Écrire en lettres moulées)

*Avez-vous remarqué un changement ou diminution chez votre boxeur au niveau :*

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. de l'attention ou de la concentration : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. de la mémoire :                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. de l'élocution :                        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. du comportement :                       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. de l'entraînement (rapidité)            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Signature de l'entraîneur: \_\_\_\_\_

### Questions destinées au boxeur(se) :

Nom : \_\_\_\_\_

(Écrire en lettres moulées)

*Portez-vous des lentilles cornéennes :* Oui  Non

*Avez-vous éprouvé dernièrement les symptômes suivants :*

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. maux de tête :  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. nausées ou vomissement :                                      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. vue embrouillée ou double :                                   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. étourdissement :  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous pris des médicaments depuis les 90 derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
- Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

### Pour les boxeuses :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Avez-vous remarqué des masses aux seins, saignements ou toute autre anomalie de la glande mammaire?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous remarqué récemment une anomalie quelconque liée à la menstruation comme l'absence de menstruation ou des saignements vaginaux anormaux avec ou sans douleur (sensibilité) dans la région pelvienne qui ne concordent pas avec vos règles normales? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. une possibilité de grossesse?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. une confirmation de grossesse?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Signature de l'athlète: \_\_\_\_\_