

## Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous.

Ce questionnaire vous indiquera si vous devez demander conseil à votre médecin *ou* à un professionnel de l'exercice qualifié avant de devenir plus actif.

### SECTION 1 – SANTÉ GÉNÉRALE

Veuillez lire attentivement les 7 questions ci-dessous et y répondre de façon honnête : cochez oui ou non.		OUI	NON
1.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez de troubles cardiaques <b>ou</b> d'hypertension artérielle?		
*2.	Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, pendant vos activités quotidiennes <b>ou</b> lorsque vous faites de l'activité physique?		
*3.	Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements, <b>ou</b> avez-vous perdu conscience au cours des 12 derniers mois? Veuillez répondre <b>non</b> si vos étourdissements étaient associés à de l'hyperventilation (y compris durant un exercice vigoureux).		
4.	Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'autres troubles médicaux chroniques (autre qu'une maladie du cœur ou l'hypertension artérielle)?		
5.	Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour traiter un trouble médical?		
6.	Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient être aggravés si vous pratiquez plus d'activité physique? Veuillez répondre <b>non</b> si vous avez eu un problème articulaire dans le passé, mais qu'il ne limite pas votre capacité actuelle à être physiquement actif. Par exemple, genou, cheville, épaule ou autre.		
7.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques supervisées par un professionnel de la santé?		

Si vous avez répondu **non** à toutes les questions ci-dessus, vous pouvez pratiquer l'activité physique. Rendez-vous au verso de la présente feuille pour signer le formulaire. Vous n'avez pas à remplir la section 2.



- › Commencez à devenir beaucoup plus actif physiquement – commencez lentement et augmentez graduellement.
- › Suivez les **Directives canadiennes en matière d'activité physique** pour votre âge ([www.csep.ca/directives](http://www.csep.ca/directives)).
- › Vous pouvez prendre part à une évaluation de la condition physique et de la santé.
- › Pour toute autre question, contactez un professionnel de l'exercice qualifié, par exemple un Physiologiste de l'exercice certifiée SCPE® (PEC-SCPE) ou Entraîneur personnel certifié SCPE® (EPC-SCPE).
- › Si vous avez plus de 45 ans et n'avez **pas** l'habitude de pratiquer régulièrement de l'activité physique vigoureuse, veuillez consulter un professionnel de l'exercice qualifié (PEC-SCPE) avant de participer à un exercice d'intensité très élevée.

Remettez à plus tard le projet de devenir plus actif si :

- › Vous ne vous sentez pas bien en raison d'une maladie temporaire telle qu'un rhume ou de la fièvre – attendez de vous sentir mieux;
- › Vous êtes enceinte – parlez à votre professionnel de la santé, à votre médecin ou à un professionnel de l'exercice qualifié et/ou remplissez le formulaire X-AAP pour les femmes enceintes avant d'augmenter votre niveau d'activité physique; **ou**
- › Votre état de santé change – veuillez répondre aux questions de la section 2 de ce document et/ou discuter avec votre médecin ou un professionnel de l'exercice qualifié (PEC-SCPE ou EPC-SCPE) avant de continuer tout programme d'activité physique.

**Obligatoire : Signatures au verso**

- ✓ Si vous n'avez pas l'âge légal requis pour donner votre consentement ou nécessitez l'assentiment d'un prestataire de soins, votre parent, votre tuteur ou votre prestataire de soins doit également signer ce formulaire.
- ✓ Veuillez lire et signer la déclaration ci-dessous :

Je soussigné(e) affirme avoir lu, entièrement compris et rempli ce questionnaire. Je reconnais que cette autorisation à faire de l'activité physique est valide pour un maximum de 12 mois à partir de la date à laquelle le questionnaire a été rempli et qu'elle deviendrait invalide si mon état de santé venait à changer. Je reconnais également qu'un administrateur (par exemple mon employeur, mon centre communautaire/de conditionnement physique, mon professionnel de la santé ou autre remplaçant désigné) pourrait conserver une copie de ce formulaire pour ses dossiers. En pareils cas, l'administrateur devra adhérer aux directives locales, nationales et internationales en matière d'archivage des renseignements médicaux personnels, s'assurant que cette information demeure confidentielle et que personne n'en fasse mésusage ou ne la divulgue illégalement.

NOM \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_ TÉMOIN \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR/PRESTATAIRE DE SOINS \_\_\_\_\_