

QUESTIONNAIRE MEDICAL PRÉALABLE A LA REPRISE DE L'ACTIVITÉ SPORTIVE

Avez vous été en contact ces 3 derniers
Avec une personne diagnostiquée ou suspectée COVID ? OUI NON

Avez vous été malade ces 3 derniers mois ? OUI NON

Avez vous eu un épisode de fièvre accompagné de toux ? OUI NON

Avez vous eu de la diarrhée ? OUI NON

Avez vous eu des maux de têtes ? OUI NON

Avez vous eu des vertiges ? OUI NON

Avez vous eu une perte de goût ? OUI NON

Avez vous eu une perte de l'odorat ? OUI NON

Avez vous eu une conjonctivite ? OUI NON

Avez vous eu des douleurs articulaires ou musculaires ? OUI NON

Avez vous été en contact ces 3 derniers mois
Avec une personnes présentant l'un des signes
Mentionnés ci-dessus ? OUI NON

Avez-vous consulté un médecin pour suspicion de COVID ? OUI NON

Avez vous été hospitalisé(e) OUI NON

Avez vous bénéficié d'un test de dépistage COVID 19 ? OUI NON

Si oui lequel ?

Prélèvement nasal ? OUI NON

Prélèvement sanguin ? OUI NON

Connaissez vous le résultat ? OUI NON

Résultat :

Au repos ou à l'effort :
Resentez vous des palpitations ? OUI NON

Resentez vous un essoufflement inhabituel ? OUI NON

Resentez vous une douleur thoracique ? OUI NON

Resentez-vous ou avez-vous ressenti une grande fatigue ? OUI NON

Suivez-vous actuellement un traitement OUI NON
Si OUI, lequel

Pour les femmes :
Pendant le confinement votre cycle menstruel a-t-il été perturbé ? OUI NON

Si OUI : Cycle plus long/plus court/ou absence de règle.

**Document à présenter à votre médecin lors de la consultation destinée à
l'établissement du certificat de non contre-indication à la pratique du rugby**

**En l'absence de possibilité de consultation médicale une seule réponse OUI
impose une suspension temporaire de la reprise de l'activité sportive**

NOM : PRENOM DATE SIGNATURE