



# FORMULAIRE D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX | Examen médical préalable à l'évaluation physique

(NOTE : Le(la) patient(e) et un de ses parents doivent remplir ce formulaire avant de consulter le prestataire de santé. Le prestataire de santé doit conserver ce formulaire dans le dossier médical de l'élève. Ce formulaire ne peut pas être retourné au département des activités sportives.)

Date de l'examen médical				Date de naissance		N° OSIS	
Nom de famille			Prénom			Sport(s)	
Sexe	Âge	Grade	École	Campus de l'école			

## Médicaments et allergies

Merci de lister tous les médicaments sur ordonnance et en vente libre, ainsi que les suppléments (à base de plantes ou nutritionnels) que tu prends actuellement.

							Transportes-tu un inhalateur sur toi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	--	--	--	--	--	--

As-tu des allergies ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, merci d'indiquer chaque allergie ci-dessous :							Transportes-tu un Epi Pen sur toi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médicaments _____ <input type="checkbox"/> Pollens <input type="checkbox"/> Nourriture _____ <input type="checkbox"/> Insectes piqueurs <input type="checkbox"/> Latex							

**Si « Oui », explique tes réponses ci-dessous. Encerle les questions pour lesquelles tu n'as pas de réponse**

QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL		Oui	Non	QUESTIONS MÉDICALES		Oui	Non
1.	Est-ce qu'un médecin a déjà refusé ou limité ta participation à des activités sportives pour une raison quelconque ?			27.	Est-ce que tu tousses, as-tu une respiration sifflante ou des difficultés à respirer durant ou après une activité physique ?		
2.	Souffres-tu d'un problème de santé ? Si oui, merci de l'indiquer ci-dessous : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Infections <input type="checkbox"/> Drépanocytose ou trait drépanocytaire Autre : _____			28.	As-tu déjà utilisé un inhalateur ou pris des médicaments contre l'asthme ?		
3.	As-tu déjà été hospitalisé(e) ?			29.	Est-ce qu'une personne de ta famille est asthmatique ?		
4.	As-tu déjà subi une intervention chirurgicale ?			30.	Es-tu né(e) sans ou te manque-t-il un rein, un œil, un testicule (pour les garçons), la rate ou tout autre organe ?		
<b>QUESTIONS SUR TA SANTÉ CARDIAQUE</b>		Oui	Non	31.	As-tu des douleurs à l'aîne, un gonflement douloureux ou une hernie dans la région de l'aîne ?		
5.	T'es-tu déjà évanoui(e) ou t'es-tu presque évanoui(e) PENDANT ou APRÈS une activité physique ?			32.	As-tu eu une mononucléose infectieuse (mono) le mois dernier ?		
6.	As-tu déjà ressenti une gêne, une douleur, un serrement ou une pression dans la poitrine durant une activité physique ?			33.	As-tu des éruptions cutanées, des escarres, ou d'autres problèmes de peau ?		
7.	Est-ce que ton cœur s'emballé ou saute un battement au repos ou durant une activité sportive ?			34.	As-tu eu une infection herpétique ou une infection de la peau causée par un staphylocoque doré (SARM) ?		
8.	Est-ce qu'un médecin t'a déjà dit que tu avais des problèmes cardiaques ? Si oui, merci de cocher tout ce qui s'applique : <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Souffle au cœur <input type="checkbox"/> Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/> Infection cardiaque <input type="checkbox"/> Maladie de Kawasaki Autre : _____			35.	As-tu déjà subi un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale ?		
9.	Est-ce qu'un médecin t'a déjà demandé de passer un examen cardiaque ? (Par exemple, ECG/EKG, échocardiogramme)			36.	As-tu déjà eu une convulsion inexplicable ?		
10.	As-tu déjà eu des étourdissements ou t'es-tu déjà senti(e) plus essouffé(e) que prévu durant une activité physique ?			37.	T'es-tu déjà frappé(e) la tête ou as-tu reçu un coup sur la tête qui t'a désorienté(e), entraîné un mal de tête persistant ou des problèmes de mémoire ?		
11.	Es-tu plus fatigué(e) ou plus essouffé(e) plus rapidement que tes amis durant une activité physique ?			38.	As-tu des antécédents d'épilepsie ?		
12.	As-tu déjà subi une opération du cœur ?			39.	As-tu mal à la tête quand tu pratiques une activité physique ?		
<b>QUESTIONS SUR LA SANTÉ CARDIAQUE DE TA FAMILLE</b>		Oui	Non	40.	As-tu déjà ressenti un engourdissement, un fourmillement, ou une faiblesse dans les bras ou dans les jambes après avoir été frappé(e) ou après une chute ?		
13.	Est-ce qu'une personne de ta famille a un rythme cardiaque irrégulier ?			41.	As-tu déjà été incapable de bouger tes bras ou tes jambes après avoir été frappé(e) ou après une chute ?		
14.	Est-ce qu'un(e) membre de ta famille ou un parent est décédé(e) à cause de problèmes cardiaques ou est mort(e) de façon inattendue ou inexplicable avant l'âge de 50 ans (dont noyade, accident de voiture inexplicable, ou syndrome de mort subite du nourrisson) ?			42.	Es-tu déjà tombé(e) malade lors d'une activité physique sous la chaleur ?		
15.	Est-ce qu'un(e) membre de ta famille a un problème cardiaque, porte un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur ?			43.	As-tu souvent des crampes musculaires lors d'activité physique ?		
16.	Est-ce qu'une personne de ta famille a eu des évanouissements ou des convulsions inexplicables, ou a failli se noyer ?			44.	As-tu déjà eu des problèmes avec tes yeux ou ta vision ?		
17.	Est-ce que tu souffres ou est-ce qu'une personne de ta famille souffre de trait drépanocytaire ou de drépanocytose ?			45.	As-tu déjà eu des blessures aux yeux ?		
<b>QUESTIONS SUR LES OS ET LES ARTICULATIONS</b>		Oui	Non	46.	Portes-tu des lunettes ou des lentilles ?		
18.	As-tu déjà subi une blessure osseuse, à un muscle, à un ligament ou à un tendon qui t'a fait manquer un entraînement ou un match ?			47.	Portes-tu des lunettes de protection, comme des lunettes de sécurité ou un masque de protection ?		
19.	As-tu déjà eu des os cassés ou facturés ou une luxation des articulations ?			48.	As-tu déjà eu une perte auditive ou des problèmes d'audition ?		
20.	As-tu déjà eu une blessure nécessitant des radios, une IRM, un scanner, des injections, un traitement, un appareil orthopédique, un plâtre ou des béquilles ?			49.	Est-ce que ton poids te préoccupe ?		
21.	As-tu déjà eu une fracture de stress ?			50.	Est-ce que tu essaies de perdre ou de gagner du poids ou quelqu'un te l'a-t-il recommandé ?		
22.	Est-ce qu'on t'a déjà dit que tu avais une instabilité de la colonne cervicale ou as-tu passé une radio pour instabilité cervicale ? (trisomie 21 ou nanisme)			51.	Suis-tu un régime particulier ou évites-tu de manger certains types d'aliments ?		
23.	Utilises-tu régulièrement un appareil orthopédique, des orthèses ou un autre appareil ?			52.	As-tu déjà eu un trouble de l'alimentation ?		
24.	As-tu une blessure osseuse, musculaire ou aux articulations qui te dérange ?			53.	Souhaiterais-tu parler au médecin de choses qui te préoccupent ?		
25.	As-tu des antécédents d'arthrite juvénile ou de connectivites ?			54.	As-tu d'autres problèmes de santé ?		
26.	Est-ce qu'une de tes articulations devient douloureuse, chaude, enflée, ou a une apparence rouge ?			<b>POUR LES FILLES UNIQUEMENT</b>		Oui	Non
				55.	As-tu déjà eu tes règles ?		
				56.	As-tu déjà eu des problèmes lors de tes règles (crampes douloureuses, saignement abondant) ?		
				57.	Quand ont eu lieu tes dernières règles ? _____		
				58.	Quelle est la fréquence de tes règles ? _____		
<b>Si « Oui », explique tes réponses ci-dessous</b>							

J'ai revu le formulaire d'antécédents médicaux et je déclare, par la présente que, à ma connaissance les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et correctes. J'autorise _____ (Nom de l'enfant) à passer un examen médical, qui inclura un examen inguinal et testiculaire pour les garçons et un examen inguinal pour les filles. Si cet examen a lieu dans l'enceinte de l'école, je comprends que si moi ou mon enfant refusons l'examen de ces parties du corps, le prestataire de santé de l'OSH ne pourra pas remplir ce formulaire et ne pourra pas autoriser mon enfant à y participer.	Nom du parent/tuteur/de la tutrice	
	Signature du parent/tuteur/de la tutrice	Date
	Téléphone	



# PHYSICAL EXAMINATION FORM | Preparticipation Physical Evaluation

**NOTE: The medical provider should keep this form in the student's medical file. This form does not get returned to the athletic department.**

Last Name		First Name		Date of Birth	
School/Campus/ATSDBN			Grade	OSIS#	

STUDENT'S HISTORY FORM REVIEWED BY MEDICAL PROVIDER		YES NO
PHYSICIAN REMINDER - Consider the questions below		COMMENTS
Do you feel safe at your home or residence?		
Do you feel safe at school?		
Do you ever feel stressed out or under a lot of pressure?		
Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?		
Have there been any changes in your weight?		
Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?		
Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?		
Have you ever tried cigarettes, alcohol, or other drugs?		
During the past 30 days, did you use cigarettes, alcohol or other drugs?		
Are you sexually active?		
Are you using contraceptives?		
Do you wear a seat belt?		

EXAMINATION			
Height	Weight	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
BP	Pulse	Vision	Corrected
_____ / _____		R20/ _____ L20/ _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
<b>Appearance</b> • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP)		
<b>Eyes/ears/nose/throat</b> • Pupils equal • Hearing		
<b>Lymph nodes</b>		
<b>Heart<sup>a</sup></b> • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
<b>Pulses</b> • Simultaneous femoral and radial pulses		
<b>Lungs</b>		
<b>Abdomen</b>		
<b>Genitourinary (males only)<sup>b</sup></b>		
<b>Skin</b> • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
<b>Neurologic<sup>c</sup></b>		

MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
<b>Neck</b>		
<b>Back (including scoliosis screening)</b>		
<b>Shoulder/arm</b>		
<b>Elbow/forearm</b>		
<b>Wrist/hand/fingers</b>		
<b>Hip/thigh</b>		
<b>Knee</b>		
<b>Leg/ankle</b>		
<b>Foot/toes</b>		
<b>Functional</b> • Duck-walk, single leg hop		

<sup>a</sup> Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.<sup>b</sup> GU exam must be done in a private setting; the presence of a third party/chaperone is needed. It should not be performed in mass participation settings. <sup>c</sup>consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion. I have examined the above named student and completed the pre-participation physical examination. The athlete may/may not participate in the sport(s) outlined on the Recommendations for Participation in Physical Education and Sports form. This form may be rescinded until the potential consequences of the health issue are explained to both the student and his/her parents, and the health issue has been resolved. All information and recommendations contained herein are valid through the last day of the month for 12 months from the date below.

Name of medical provider (print/type)	Date	License/NPI Number
Address	Phone	
Signature of Medical Provider		
		MD/DO/NP/PA
		STAMP HERE

