

2022 Q-AAP+






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

Une pratique habituelle d'activité physique entraîne des avantages indéniables; la majorité des gens devrait être physiquement actif chaque jour de la semaine. La PLUPART des gens peuvent faire de l'activité physique en toute sécurité. Ce questionnaire vous permettra de savoir s'il est nécessaire de demander l'avis de votre médecin OU d'un spécialiste de l'activité physique avant de devenir plus physiquement actif.

QUESTIONS DE SANTÉ GÉNÉRALES

Lisez attentivement les sept questions ci-dessous et répondez honnêtement à chacune d'elle en cochant OUI ou NON.	OUI	NON
1) Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque <input type="checkbox"/> OU d'hypertension <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ressentez-vous de la douleur à la poitrine au repos ou au cours de vos activités quotidiennes, OU lorsque vous faites de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements OU avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois? Répondez non si vos étourdissements étaient liés à de l'hyperventilation (y compris pendant un exercice physique intense).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une autre maladie chronique (autre qu'une maladie cardiaque ou d'hypertension)? ÉNUMÉREZ VOS TROUBLES MÉDICAUX ICI: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Prenez-vous présentement des médicaments prescrits pour une maladie chronique? ÉNUMÉREZ VOS TROUBLES MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS ICI: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous présentement (ou eu dans les 12 derniers mois) des problèmes osseux, articulaires, ou de tissus mous (muscle, ligament, ou tendon) qui pourraient être aggravés par une augmentation d'activité physique? Répondez non si vous avez déjà eu un problème dans le passé, mais qui ne limite pas votre pratique d'activité physique présente . ÉNUMÉREZ VOS TROUBLES MÉDICAUX ICI: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Votre médecin, vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'activité physique sans supervision médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, vous êtes apte à pratiquer de l'activité physique. Veuillez signer la DÉCLARATION DU PARTICIPANT. Vous n'avez pas à remplir les pages 2 et 3.**

-  Commencez à être plus physiquement actif – Commencez lentement et augmentez l'intensité progressivement.
-  Suivez les recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé pour votre âge (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>).
-  Vous pouvez participer à une évaluation de votre état de santé et de votre condition physique.
-  Si vous êtes âgé de plus de 45 ans et n'êtes PAS habitué à pratiquer de façon régulière une activité physique vigoureuse ou pouvant exiger un effort maximal, consultez un spécialiste de l'activité physique avant de vous mettre à la pratique d'une telle activité.
-  Si vous avez d'autres questions, contactez un spécialiste de l'activité physique.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Si vous n'avez pas l'âge légal requis pour le consentement ou si vous avez besoin de la permission de votre fournisseur de soins, votre parent, votre tuteur ou votre fournisseur de soins, ces derniers doivent aussi signer le présent document. En signant ci-dessous, j'affirme avoir lu, compris à mon entière satisfaction et rempli ce questionnaire. Je reconnais que la présente autorisation me permettant de faire de l'activité physique est valide pour une période de douze mois à compter de la date à laquelle elle est remplie et qu'elle devient invalide si mon état de santé change. Je reconnais aussi qu'un centre communautaire ou de conditionnement physique peut conserver une copie de ce questionnaire pour ses dossiers. Dans ces cas, il maintiendra la confidentialité de la même, en conformité avec la loi applicable.




NOM _____ DATE _____

SIGNATURE _____ TÉMOIN _____

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR/FOURNISEUR DE SOINS _____

 **Si vous avez répondu OUI à au moins une des questions ci-dessus, REMPLISSEZ LES PAGES 2 ET 3.**

 **Attendez pour devenir plus actif si:**

-  Vous ne vous sentez pas bien à cause d'un rhume ou d'une fièvre – Attendez de vous sentir mieux.
-  Vous êtes enceinte – Parlez à votre fournisseur de soins, à votre médecin ou à un spécialiste de l'activité physique, ou remplissez le questionnaire eX-AAP+ à www.eparmedx.com avant de devenir plus physiquement active.
-  Votre état de santé change – Répondez aux questions des pages 2 et 3 de ce document ou parlez à votre médecin ou à un spécialiste de l'activité physique avant de poursuivre votre programme d'activité physique.