

# Q-AAP et vous



Loisirs-Action  
Val-Bélair

## QUESTIONNAIRE D'APTITUDES À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Quel est votre objectif de la session : \_\_\_\_\_

Session : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Cours : \_\_\_\_\_

Jour : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

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

Âge : \_\_\_\_\_ Nb. enfant(s) \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Grandeur : \_\_\_\_\_

Tél. (R) : \_\_\_\_\_ (B) : \_\_\_\_\_

Lisez attentivement et répondez honnêtement à chacune des questions suivantes. Le simple bon sens sera votre meilleur guide pour répondre correctement à ces questions. Cochez « OUI » ou « NON ».

	OUI	NON
1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque <u>et</u> que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique? (Complétez la grille au verso, si vous avez répondu « OUI »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Souffrez-vous d'un problème de santé? (Ex. : diabète, sclérose en plaque, ostéoporose, asthme)? Si oui, lequel : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Souffrez-vous d'une allergie? Si oui, laquelle : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, des diurétiques) ? Nommez-les au verso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Est-ce que vous fumez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Êtes-vous enceinte? Si oui, depuis combien de semaines? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Selon votre expérience ou l'avis d'un médecin, existe-t-il une raison d'ordre physique, non mentionnée ci-haut pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### OUI à une ou plusieurs des questions ci-haut

Avant d'augmenter votre niveau d'activité physique ou de subir une évaluation de votre condition physique, vous devez consulter votre médecin, si vous ne l'avez pas fait récemment. Il faut lui montrer votre questionnaire Q-AAP ou lui indiquer les questions auxquelles vous avez répondu par l'affirmative.

Lors de votre évaluation médicale, demandez conseil à votre médecin quant à votre aptitude à entreprendre :

- Une activité physique non restreinte en commençant par des exercices faciles et progressifs.
- Une activité restreinte ou supervisée pour satisfaire à vos besoins particuliers.

### NON à toutes les questions ci-haut

Si vous avez bien répondu au Q-AAP, vous êtes raisonnablement assuré de pouvoir participer à UN PROGRAMME GRADUEL D'EXERCICES. L'accroissement graduel d'exercices appropriés favorise l'amélioration de la condition physique tout en atténuant les malaises.

Depuis combien de temps avez-vous consulté votre médecin.

\_\_\_\_\_

VERSO

## **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (confidentiels)**

Si vous avez répondu « OUI » au Q-AAP à la **question 5 ou 6**, complétez :

	<b>G</b>	<b>D</b>		<b>G</b>	<b>D</b>		<b>G</b>	<b>D</b>
Colonne vertébrale:	Cervicale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dorsale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Lombaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Membres supérieurs :	Épaules	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coudes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Poignets	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Membres inférieurs :	Hanches	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Genoux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Chevilles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Autres problèmes :	Arthrite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	
	Asthme	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>		Cholestérol	<input type="checkbox"/>	
	Autres : _____							
	Allergies précises : _____							

Précision(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si vous avez répondu « OUI » au Q-AAP à la **question 8** (médicaments), complétez :

Nommez-les en précisant leur rôle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Antécédents familiaux**

Y a-t-il un parent proche qui souffre de problèmes cardiaques ?

OUI  NON

Y a-t-il un parent décédé à cause de problèmes cardiaques ?

OUI  NON

Dernière visite médicale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Ce qui suit est un dégageement à toute réclamation et, en le signant, vous faites les affirmations suivantes :**

#### **Renonciation à toute réclamation :**

1. J'ai lu et j'ai bien compris ce qui précède et, pour que LAVB me permette de participer à ses cours d'activité physique, j'en accepte les conditions.
2. Loisirs-Action Val-Bélair, ses instructeurs, employés et bénévoles ainsi que toutes autres personnes impliquées dans l'organisation des cours d'activité physique ou toute autre activité ne pourront être tenus responsables d'aucune blessure ni d'aucun préjudice.
3. Il est entendu que je m'engage à respecter les conditions de la politique de remboursement et la marche à suivre pour le choix des cours.

Je soussigné(e) avoir lu, compris et complété le présent questionnaire, tant le recto que le verso. J'ai répondu à toutes les questions en toute honnêteté et j'appliquerai les conseils qui me sont donnés quant à ma participation à une activité physique offerte par Loisirs-Actions Val-Bélair.

Signature : \_\_\_\_\_

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

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_