



Qüestionari autoresposta previ al certificat mèdic esportiu

1. Dades de la persona interessada

Nom i cognoms:

Sexe:

Edat:

Lloc i data de naixement:

País:

Adreça:

Parròquia:

Telèfon:

Núm. de passaport/DNI:

Col·legi:

Curs:

Activitat laboral:

Metge/essa de capçalera:

Esport/s:

En cas d'urgència, poseu-vos en contacte amb:

Nom i cognoms:

Parentiu: Telèfon casa: Telèfon feina:

2. Qüestionari

1. Has estat malalt/a o has tingut lesions des de la darrera revisió o prova física?

Sí

No

No ho sé

2. Alguna vegada has hagut de passar la nit a l'hospital?

Sí

No

No ho sé

3. T'han operat mai?

Sí

No

No ho sé

4. Prens algun medicament (amb recepta o sense) o comprimit o fas servir un medicament inhalador?

Sí

No

No ho sé

5. Has pres algun suplement o vitamines per guanyar pes, per aprimar-te o per augmentar el rendiment?

Sí

No

No ho sé

6. Pateixes alguna al·lèrgia (per exemple al pol·len, a un medicament, un aliment o una picada d'insecte)?

Sí

No

No ho sé

7. Alguna vegada has tingut erupcions o urticària mentre feies esport o després de fer-ne?

Sí

No

No ho sé

8. T'has desmaiats mentre feies esport o després de fer-ne?

Sí

No

No ho sé

9. Alguna vegada has tingut dolor al pit mentre feies esport o després de fer-ne?

Sí

No

No ho sé

10. Has tingut la pressió alta o el colesterol alt?

Sí

No

No ho sé

11. Quan fas exercici:

et cansas abans que els teus amics?

Sí No No ho sé

has tingut taquicàrdia o arítmia?

Sí No No ho sé

12. T'han dit mai que tens un "buf al cor"

Sí No No ho sé

13. Algun familiar teu ha mort per problemes de cor o per mort sobtada abans dels 50 anys?

Sí No No ho sé

14. Has patit alguna infecció vírica greu durant el mes passat?

Sí No No ho sé

15. El metge t'ha prohibit mai fer esport o t'ha imposat limitacions per problemes de cor?

Sí No No ho sé

16. Actualment, tens alguna malaltia de la pell, per exemple picors, erupcions, acne, berrugues, fongs o butllofes?

Sí No No ho sé

17. Has tingut alguna lesió o commoció cranial?

Sí No No ho sé

18. Has tingut mai convulsions?

Sí No No ho sé

20. Alguna vegada has tingut sensació d'insensibilitat o de formigueig als braços, a les mans, a les cames o als peus?

Sí No No ho sé

21. Has tingut algun pinçament nerviós (per exemple ciàtica, etc.)?

Sí No No ho sé

22. Alguna vegada has tingut problemes per fer esport en temps molt calorós?

Sí No No ho sé

23. Quan fas exercici o tusses, sents xiulets al pit o et costa respirar? Ets asmàtic?

Sí No No ho sé

24. Portes algun aparell protector o corrector especial per fer esport (per ex. colzera, collar ortopèdic, turmellera, plantilles o audiòfon)?

Sí No No ho sé

25. Has tingut algun problema als ulls o a la vista?

Sí No No ho sé

26. Has tingut algun esquinçament, distensió o inflamació després d'una lesió?

Sí No No ho sé

27. T'has trencat algun os o dislocat alguna articulació?

Sí No No ho sé

28. Has tingut problemes per dolor o inflamació als músculs, als tendons o a les articulacions en els darrers dos mesos?

Cap/coll/esquena/tòrax/espatlles/braços/colzes

Sí No No ho sé

avantbraços/canells/mans/dits/malucs/cuixes/genolls/bessons/turmells/peus

Sí No No ho sé

29. Què et sembla el teu pes?

Bé Voldria pesar més Voldria pesar menys No ho sé

30. T'has aprimat darrerament, perquè ho requereix l'esport que practiques?

Sí

No

No ho sé

31. Pateixes estrès?

Sí

No

No ho sé

Aquest apartat és només per a les noies:

Quan vas tenir la primera menstruació?

Quan vas tenir la darrera menstruació?

Tens menstruacions regulars? Sí No