

QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR TOUSSCPE/CSEP © Société canadienne de physiologie de l'exercice - www.csep.ca

L'exercice physique pratiqué de façon régulière constitue une activité saine et agréable, et plus de gens devraient être plus actifs chaque jour de la semaine. Être plus actif est très sécuritaire pour la plupart des gens. Ce questionnaire vous indiquera si vous devez demander conseil à votre médecin ou à un professionnel de l'exercice qualifié avant de devenir plus actif.

SECTION 1 - SANTÉ GÉNÉRALE

Veuillez lire attentivement les 7 questions ci-dessous et y répondre de façon honnête

Cochez Oui ou Non.

	OUI	NON
1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez de troubles cardiaques ou d'hypertension artérielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, pendant 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 conscience au cours des 12 derniers mois? Veuillez répondre non si vos étourdissements étaient associés à de l'hyperventilation (y compris durant un exercice vigoureux).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'autres troubles médicaux chroniques (autre qu'une maladie du cœur ou l'hypertension artérielle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour traiter un trouble médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient être aggravés si vous pratiquez plus d'activité physique? Veuillez répondre non si vous avez eu un problème articulaire dans le passé, mais qu'il ne limite pas votre capacité actuelle à être physiquement actif. Par exemple, genou, cheville, épaule ou autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques supervisées par un professionnel de la santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si vous avez répondu non à toutes les questions ci-dessus, vous pouvez pratiquer l'activité physique. **Rendez-vous à page 5 pour signer le formulaire.** Vous n'avez pas à remplir la section 2.

» Commencez à devenir beaucoup plus actif physiquement – commencez lentement et augmentez graduellement.

» Suivez les recommandations en matière d'activité physique pour votre âge.

» Vous pouvez prendre part à une évaluation de la condition physique et de la santé.

» Pour toute autre question, contactez votre médecin.

» Si vous avez plus de 45 ans et n'avez pas l'habitude de pratiquer régulièrement de l'activité physique vigoureuse, veuillez consulter votre médecin avant de participer à un exercice d'intensité très élevée.



Si vous avez répondu oui à une ou à plusieurs des questions ci-dessus, **veuillez vous rendre à la section 2.**



Remettez à plus tard le projet de devenir plus actif si :

» Vous ne vous sentez pas bien en raison d'une maladie temporaire telle qu'un rhume ou de la fièvre – attendez de vous sentir mieux;

» Vous êtes enceinte – parlez à votre médecin avant d'augmenter votre niveau d'activité physique

» Votre état de santé change – veuillez répondre aux questions de la section 2 de ce document et/ou discuter avec votre médecin avant de continuer tout programme d'activité physique.

QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR TOUS

SCPE/CSEP © Société canadienne de physiologie de l'exercice - www.csep.ca

SECTION 2 - TROUBLES MÉDICAUX CHRONIQUES 1/3

Veillez lire attentivement les questions ci-dessous et y répondre de façon honnête
Cochez Oui ou Non.

	OUI	NON
<p>1. Souffrez-vous d'arthrite, d'ostéoporose ou de problèmes de dos ? >> Si oui, répondez aux questions 1a-1c - Si non, rendez-vous à la question 2</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.a Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez non si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.b Souffrez-vous de problèmes articulaires causant des douleurs, d'une récente fracture ou d'une fracture causée par l'ostéoporose ou le cancer, d'un déplacement de vertèbre (p. ex. spondylolisthésis) et/ou d'un défaut de pars ou de la spondylolyse (une fissure dans l'arc osseux à l'arrière de la colonne vertébrale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.c 1.3 Avez-vous reçu des injections de stéroïdes ou pris des comprimés de stéroïdes pendant plus de 3 mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Avez-vous un cancer, peu importe lequel? >> Si oui, répondez aux questions 2a-2b - Si non, rendez-vous à la question 3</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a Votre diagnostic de cancer comprend-il les types suivants : cancer des poumons/bronchique, myélome multiple (cancer des cellules plasmiques), de la tête et du cou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.b Recevez-vous présentement un traitement contre le cancer (comme la chimiothérapie ou la radiothérapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Souffrez-vous d'une maladie du coeur ou d'une maladie cardiovasculaire? Ces dernières incluent la coronaropathie, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque ainsi que l'anomalie du rythme cardiaque diagnostiquée. >> Si oui, répondez aux questions 3a-3e - Si non, rendez-vous à la question 4</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.a Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez non si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.b Avez-vous un rythme cardiaque irrégulier qui requiert un suivi médical (p. ex. fibrillation auriculaire, extrasystole ventriculaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.c Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.c Votre tension artérielle au repos est-elle égale ou supérieure à 160/90 mm Hg avec ou sans médication (répondez oui si vous ne connaissez pas les valeurs de votre tension artérielle au repos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.d Est-ce que vous avez une coronaropathie (maladie cardiovasculaire) diagnostiquée et n'avez pas participé à une activité physique régulière au cours des 2 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR TOUS

SCPE/CSEP © Société canadienne de physiologie de l'exercice - www.csep.ca

SECTION 2 - TROUBLES MÉDICAUX CHRONIQUES 2/3

Veillez lire attentivement les questions ci-dessous et y répondre de façon honnête
Cochez Oui ou Non.

OUI NON

4. Souffrez-vous d'un trouble métabolique? Cette catégorie comprend le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le prédiabète ?

>> Si oui, répondez aux questions 4a-4c - Si non, rendez-vous à la question 5

4.a Votre glycémie est-elle souvent supérieure à 13,0 mmol/l (répondez oui si vous ne le savez pas)?

4.b Présentez-vous des signes ou des symptômes de complications liées au diabète, comme une maladie du cœur ou une affection vasculaire, et/ou des complications qui affectent vos yeux, vos reins, ainsi que les sensations dans vos orteils et vos pieds?

4.c Souffrez-vous d'un autre trouble métabolique (troubles thyroïdiens, diabète gestationnel, neuropathie chronique, troubles hépatiques)?

5. Avez-vous des problèmes de santé mentale ou des difficultés d'apprentissage? Ceux-ci comprennent l'Alzheimer, la démence, la dépression, les troubles anxieux, les troubles alimentaires, la psychose, la déficience intellectuelle et le syndrome de Down.

>> Si oui, répondez aux questions 5a-5b - Si non, rendez-vous à la question 6

5.a Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez non si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?

5.b Souffrez-vous également de problèmes de dos qui affectent les nerfs ou les muscles? (chimiothérapie ou la radiothérapie)?

6. Souffrez-vous d'une maladie respiratoire? Cette catégorie comprend la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme et l'hypertension artérielle pulmonaire.

>> Si oui, répondez aux questions 6a-6d - Si non, rendez-vous à la question 7

6.a Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez non si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?

6.b Votre médecin vous a-t-il déjà dit que le niveau d'oxygène de votre sang au repos ou durant l'exercice est faible et/ou que vous avez besoin d'oxygène d'appoint?

Si vous êtes asthmatique, ressentez-vous présentement des symptômes de serrement de la poitrine, une respiration sifflante, une respiration laborieuse, une toux régulière (plus de 2 jours/semaine), ou avez-vous utilisé votre médication d'urgence plus de deux fois au cours de la dernière semaine?

6.d Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez d'hypertension artérielle dans les vaisseaux sanguins de vos poumons?

QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR TOUSSCPE/CSEP © Société canadienne de physiologie de l'exercice - www.csep.ca

		OUI	NON
<i>7. Souffrez-vous d'un traumatisme médullaire? Cela inclut la tétraplégie et la paraplégie. >> Si oui, répondez aux questions 7a-7c - Si non, rendez-vous à la question 8</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.a	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez non si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.b	Présentez-vous couramment une tension artérielle au repos assez faible pour causer des étourdissements et/ou une syncope?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.c	Votre médecin a-t-il indiqué que vous présentez des accès soudains d'hypertension artérielle (connus sous le nom de dysrèflexie autonome)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>8. Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral, y compris un accident ischémique transitoire ? Si oui, répondez aux questions 8a-8c - Si non, rendez-vous à la question 9</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.a	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez non si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.b	Avez-vous de la difficulté à marcher ou un problème de mobilité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.c	Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ou une déficience des nerfs ou des muscles au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>9. Êtes-vous atteint de tout autre trouble médical qui n'est pas listé ci-dessus ou souffrez-vous de deux maladies chroniques? Si oui, répondez aux questions 9a-9c - Si non, lisez les recommandations ci-dessous</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.a	Avez-vous fait l'expérience d'un évanouissement, d'une syncope ou d'une perte de connaissance dus à une blessure à la tête au cours des 12 derniers mois ou vous a-t-on diagnostiqué une commotion au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.b	Souffrez-vous d'un trouble médical qui n'est pas listé (tel que l'épilepsie, les troubles neurologiques ou les troubles des reins)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.c	Souffrez-vous présentement de deux troubles chroniques?		

Veillez lire les recommandations concernant votre trouble médical actuel ci-dessous et signer ce document.

QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR TOUS

SCPE/CSEP © Société canadienne de physiologie de l'exercice - www.csep.ca

SI VOUS AVEZ RÉPONDU



NON à toutes les questions de suivi relatives à votre trouble médical, vous pouvez augmenter votre niveau d'activité physique :

- » Il est recommandé de consulter un professionnel de l'exercice qualifié, qui vous aidera à élaborer un plan d'activité physique sécuritaire et efficace pour répondre à vos besoins de santé.
- » Nous vous encourageons à commencer lentement et à augmenter graduellement – 20 à 60 minutes d'exercice d'intensité faible à modérée, 3 à 5 jours par semaine, dont des exercices d'aérobic et de renforcement musculaire.
- » Au fur et à mesure que vous progresserez, vous devriez essayer d'accumuler 150 minutes ou plus d'activités physiques d'intensité modérée par semaine.
- » Si vous avez plus de 45 ans et n'avez pas l'habitude de pratiquer régulièrement de l'activité physique vigoureuse, veuillez consulter un professionnel de l'exercice qualifié avant de participer à un exercice d'intensité très élevée.



OUI à une ou plusieurs des questions de suivi relatives à votre trouble médical :

- » Vous devriez demander de plus amples renseignements à votre médecin avant de devenir physiquement plus actif.



REMETTEZ À PLUS TARD le projet de devenir plus actif si :

- » Vous ne vous sentez pas bien en raison d'une maladie temporaire telle qu'un rhume ou de la fièvre – attendez de vous sentir mieux;
- » Vous êtes enceinte – parlez à votre médecin avant d'augmenter votre niveau d'activité physique;
- » Votre état de santé change – veuillez discuter avec votre médecin avant de continuer tout programme d'activité physique.

FORMULE DE CONSENTEMENT

- » Nous vous encourageons à photocopier le Q-AAP+. Vous devez utiliser le questionnaire complet, et aucun changement n'est permis.
- » Si vous éprouvez des doutes après avoir rempli ce questionnaire, consultez votre médecin avant de faire de l'activité physique.
- » Si vous n'avez pas l'âge légal requis pour donner votre consentement ou nécessitez l'assentiment d'un prestataire de soins, votre parent, votre tuteur ou votre prestataire de soins doit également signer ce formulaire.
- » Veuillez lire et signer la déclaration ci-dessous :

Je soussigné(e) affirme avoir lu, entièrement compris et rempli ce questionnaire. Je reconnais que cette autorisation à faire de l'activité physique est valide pour un maximum de 12 mois à partir de la date à laquelle le questionnaire a été rempli et qu'elle deviendrait invalide si mon état de santé venait à changer. Je reconnais également que mon professionnel de santé pourrait conserver une copie de ce formulaire pour ses dossiers. En pareils cas, l'administrateur devra adhérer aux directives locales, nationales et internationales en matière d'archivage des renseignements médicaux s'assurant que cette information demeure confidentielle et que personne n'en fasse mésusage ou ne la divulgue illégalement.

NOM _____ DATE _____

SIGNATURE

SIGNATURE D'UN PARENT