Ring	# combat	13h/19h

QUESTIONNAIRE MEDICAL PRE-COMBAT – BOXE-QUEBEC

Date :_____ **Site :**_____

Questions destinées à l'entraîneur :

Nom :_____
(Écrire en lettres moulées)

Avez-vous remarqué un changement ou diminution chez votre boxeur au niveau :

1. de l'attention ou de la concentration : Oui ☐ Non ☐
2. de la mémoire : Oui ☐ Non ☐
3. de l'élocution : Oui ☐ Non ☐
4. du comportement : Oui ☐ Non ☐
5. de l'entraînement (rapidité) Oui ☐ Non ☐

Signature de l'entraîneur:_____

Questions destinées au boxeur(se) :

Nom :_____
(Écrire en lettres moulées)

Portez-vous des lentilles cornéennes : Oui ☐ Non ☐

Avez-vous éprouvé dernièrement les symptômes suivants :

1. maux de tête : Oui ☐ Non ☐
2. nausées ou vomissement : Oui ☐ Non ☐
3. vue embrouillée ou double : Oui ☐ Non ☐
4. étourdissement : Oui ☐ Non ☐
5. Avez-vous pris des médicaments depuis les 90 derniers jours ? Oui ☐ Non ☐
   Si oui, lesquels?_____

Pour les boxeuses :

1. Avez-vous remarqué des masses aux seins, saignements ou toute autre anomalie de la glande mammaire? Oui ☐ Non ☐
2. Avez-vous remarqué récemment une anomalie quelconque liée à la menstruation comme l'absence de menstruation ou des saignements vaginaux anormaux avec ou sans douleur (sensibilité) dans la région pelvienne qui ne concordent pas avec vos règles normales? Oui ☐ Non ☐
3. une possibilité de grossesse? Oui ☐ Non ☐
4. une confirmation de grossesse? Oui ☐ Non ☐

Signature de l'athlète:_____