



Questionnaire médical de pré-combat – Boxeurs

Date : _____ Lieu : _____

Questions à l'intention de l'entraîneur(e) Nom : _____
(Veuillez écrire en lettres moulées)

Avez-vous remarqué des changements chez le boxeur concernant les points suivants?

- | | | |
|--------------------------------|---------|---------|
| 1. Attention ou concentration: | Oui [] | Non [] |
| 2. Mémoire | Oui [] | Non [] |
| 3. Discours | Oui [] | Non [] |
| 4. Comportement | Oui [] | Non [] |
| 5. Entraînement (rapidité) | Oui [] | Non [] |

Signature de l'entraîneur(e) : _____

Questions à l'intention du boxeur Nom : _____
(Veuillez écrire en lettres moulées)

Avez-vous souffert récemment de l'un des symptômes suivants?

- | | | |
|---|---------|---------|
| 1. Maux de tête | Oui [] | Non [] |
| 2. Étourdissements | Oui [] | Non [] |
| 3. Nausées ou vomissements | Oui [] | Non [] |
| 4. Vision double ou trouble | Oui [] | Non [] |
| 5. Avez-vous pris des médicaments au cours des 90 derniers jours
Si oui, quel type de médicament? _____ | Oui [] | Non [] |
| 6. Avez-vous subi un perçage corporel (« body piercing »)? | Oui [] | Non [] |
| 7. Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu des contacts étroits avec une personne qui avait contracté l'hépatite ou le VIH (sida)? | Oui [] | Non [] |
| 8. Si vous pensez que vous avez contracté l'hépatite ou le VIH vous ne devriez pas boxer. | | |

Si vous ne comprenez pas l'une des questions, prière d'en aviser le médecin

Signature du boxeur : _____

Médecin – Nom : _____ **N° de licence :** _____
(Veuillez écrire en lettres moulées)

Médecin – Signature : _____