

QUESTIONNAIRE

SERVICE DE PRÉVENTION DES CHUTES



Veillez apposer l'étiquette d'information démographique du patient ici.



🚩 Aptitude à l'activité physique

<p>1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne devriez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin? Si oui, quel problème cardiaque?:</p> <p>_____</p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?</p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors des périodes autres que celles où vous participez à une activité physique?</p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Avez-vous des étourdissements ou vous arrive-t-il de perdre connaissance?</p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Avez-vous un problème aux os, aux articulations ou musculaires qui pourrait s'aggraver par de l'exercice? Si oui, lequel? _____</p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Utilisez-vous une aide à la marche? Laquelle? _____</p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Au cours de la dernière année, avez-vous fait une chute?</p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Êtes-vous capable de vous tenir sur une jambe pendant 2 secondes?</p>	<p>Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p>

9. Êtes-vous capable de monter 10 marches d'escalier?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
10. Êtes-vous capable de marcher un coin de rue (100 m ou 325 pieds) sans être essoufflé(e) au point de devoir vous asseoir?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
11. Êtes-vous capable de vous rendre deux fois par semaine au YMCA de Rockland pour les exercices supervisés?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

🚩 Présentez-vous les problèmes de santé suivants?

Préciser chacun des problèmes de santé mentionnés (ex. degré de sévérité, membre atteint, date survenue) et indiquer si ce problème est bien contrôlé.

1 – Fracture dans la dernière année? Site : _____ Date : _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
2 – Prothèse de la hanche ou du genou _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
3 – Ostéoporose _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
4 – Arthrite ou fibromyalgie _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
5 – Parkinson _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
6 – Sclérose en plaques _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
7 – Accident vasculaire cérébral _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
8 – Haute ou basse pression _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
9 – Diabète _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

10 – Problème respiratoire _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
11 – Problème d’audition _____ Si oui, portez-vous une prothèse auditive? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
12 – Problème de vision _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
13 – Troubles de la mémoire _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
14 – Chirurgie dans les six derniers mois? Site : _____ Date : _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
15 – Allergie (ex. Latex, noix, etc) _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
16 – Devez-vous être suivi(e) par votre médecin à chaque mois, ou moins? Si oui, pour quel problème de santé? _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
17 – Avez-vous d’autres problèmes de santé dont il faudrait tenir compte pendant les exercices? Lesquels? _____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

En signant ce questionnaire, vous acceptez que votre information soit acheminée au Centre de Santé Communautaire de l’Estrie (Satellite Bourget). Vous comprenez que ces informations sont nécessaires et importants afin d’offrir un service sécuritaire.

Signature : _____

Date : _____

N. B. Vous serez contacté par l’Équipe de Santé Familiale afin de prendre un rendez-vous.

Ce questionnaire a été adapté de la «Grille de sélection des participants» du Programme d’Intégration Dynamique d’Équilibre (PIED)