

**SURVEILLANCE MEDICALE REGLEMENTAIRE 2024**

**QUESTIONNAIRE DE DETECTION DE RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE LIÉ À UNE PRATIQUE SPORTIVE INTENSIVE**

Date de la consultation :

Athlète : Nom

Prénom :

Date de naissance :

1. Difficultés de sommeil (endormissement, réveil précoce, réveils nocturnes, somnolence)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
2. Troubles de l'alimentation (perte ou augmentation de l'appétit, excès boulimiques)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
3. Difficultés de mémoire, de concentration, de l'attention	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
4. Présence de peurs ou d'angoisse suffisamment importantes pour modifier le comportement	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
5. Troubles de l'humeur (tristesse, euphorie)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
6. Troubles des émotions (froideur affective, indifférence, hyperémotivité)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
7. Existence ou apparition d'un comportement gênant (agitation, irritabilité, impulsivité, TOC,...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
8. Présence de troubles de la perception (hallucinations) et d'idées délirantes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
9. Difficultés sociales (famille, couple, groupe, rapport à l'entraîneur, scolarité, vie professionnelle)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
10. Troubles des différentes formes d'expression (communication orale, écrite, gestuelle)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
11. Prise déclarée de substances psychoactives :			
Alcool :	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Tabac :	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Cannabis et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Amphétamines et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Cocaïne et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>
Héroïne et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/>	régulière <input type="checkbox"/>

12. Suivi sur le plan éducatif psychologique ou psychiatrique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
13. Prise de médicaments psychotropes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
14. Antécédents familiaux psychiatriques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
15. Souhaitez-vous rencontrer un (e) psychologue du sport ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**EXAMEN :**

Signal d'appel : oui  non

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EVALUATION PSYCHOLOGIQUE**

Le sportif présente une ou plusieurs difficultés psychologiques ?

oui  non

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Identification et signature du praticien :