



Formulaire d'inscription

1. Prénom : _____ 2. Nom de famille : _____
(Nom de jeune fille s'il y a lieu)
3. Sexe : Féminin Masculin 4. Date de naissance : ____ / ____ / ____ 5. Âge : _____
mm jj aaaa
6. Adresse : _____
Numéro, rue et app. Ville Province Code postal
7. Tél : _____ / _____ / _____
Domicile Travail Cellulaire
8. Courriel : _____
9. Occupation : _____
10. Personne contact : _____ Tél : _____
11. Comment avez-vous entendu parler de CHIP? (médecin, infirmière, hôpital, ami, brochure, etc.) _____
12. Médecin de famille : _____ Cardiologue : _____
Endocrinologue : _____ Autre : _____
13. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une **maladie cardiovasculaire** (incluant A.V.C., angine, infarctus, pontage ou angioplastie) ? OUI NON
14. Un membre de votre famille immédiate (parent, frère ou sœur) a-t-il eu une maladie cardiovasculaire **avant l'âge de 60 ans** ? IGNORE OUI NON
15. Un membre de votre famille immédiate (parent, frère et sœur) souffre-t-il de **diabète** ? IGNORE OUI NON
16. **Fumez-vous** régulièrement une ou plusieurs cigarettes par jour ? OUI NON
17. Veuillez inscrire les **médicaments, produits naturels et suppléments** que vous prenez ainsi que la **dose** :
- _____
- _____
- _____
18. **Antécédents médicaux** (Mettez un crochet s.v.p.)
- | | | | |
|---------------------------------|-------|-------------------------|-------|
| Problème cardiaque | _____ | Varices | _____ |
| Cholestérol élevé | _____ | Hypertension artérielle | _____ |
| Diabète ou hyperglycémie | _____ | Blessure au dos | _____ |
| Epilepsie | _____ | Goutte | _____ |
| Accident vasculaire cérébral | _____ | Maladie pulmonaire | _____ |
| Problème articulaire ou osseux | _____ | | |

Veillez continuer au verso





Formulaire d'inscription

19. **Symptômes récents** (avez-vous récemment ressenti un ou plusieurs des symptômes suivants au repos, pendant ou après un effort physique?)

Douleur ou inconfort à la poitrine	_____	Souffle court	_____
Douleur au dos	_____	Palpitations	_____
Arthrite / articulations enflées	_____	Toux à l'effort	_____
Maladie récente	_____	Autre :	_____
Vertige ou perte de conscience	_____		

20. Avez-vous de la difficulté à vous endormir, à rester endormi, ou encore, est-ce que vous vous éveillez plus tôt que vous voudriez? OUI NON

21. Avez-vous de la difficulté à gérer votre temps et à prioriser? OUI NON

22. Avez-vous du mal à contrôler vos habitudes alimentaires? OUI NON

23. Doutez-vous de votre aptitude à maintenir un programme d'exercice? OUI NON

24. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous pratiqué une activité physique modérée, et ce pendant au moins 10 minutes, telle que la marche rapide, porter des charges légères, vélo ou natation à un rythme modéré, tennis en double, rassembler ou ramasser les feuilles mortes, balayer le plancher?

_____ jours/semaine

25. Combien de temps avez-vous consacré à une activité d'intensité modérée pendant un de ces jours ?

_____ minutes/jour

26. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous pratiqué une activité physique d'intensité élevée, et ce pendant au moins 10 minutes, telle que soulever des charges lourdes, creuser, aérobic, vélo ou natation à un rythme rapide, course à pied ou soccer ?

_____ jours/semaine

27. Combien de temps avez-vous consacré à une activité d'intensité élevée pendant un de ces jours ?

_____ minutes/jour

28. Souffrez-vous de problèmes orthopédiques pouvant s'aggraver par l'exercice?

Si oui, veuillez préciser : _____

29. Si vous êtes couvert (e) par un régime privé d'assurance, quel est votre fournisseur? _____

Signature du (de la) patient (e) : _____ Date: _____ / _____ / _____
mm jj aaaa