Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs des questions de la section 1, veuillez remplir la section 2

SECTION 2 – TROUBLES MÉDICAUX CHRONIQUES

Veuillez lire attentivement les questions ci-dessous et y répondre de façon honnête : cochez oui ou non.			OUI	NON
1.	Souffrez-vous d'arthrite, d'ostéoporose ou de problèmes de dos?		Si oui, répondez aux questions 1a-1c	Sinon, rendez-vous à la question 2
	1a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez **non** si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?		
	1b.	Souffrez-vous de problèmes articulaires causant des douleurs, d'une récente fracture ou d'une fracture causée par l'ostéoporose ou le cancer, d'un déplacement de vertèbre (p. ex. spondylolisthésis) et/ou d'un défaut de pars ou de la spondylolyse (une fissure dans l'arc osseux à l'arrière de la colonne vertébrale)?		
	1c.	Avez-vous reçu des injections de stéroïdes ou pris des comprimés de stéroïdes pendant plus de 3 mois?		
2.	Avez-vous un cancer, peu importe lequel?		Si oui, répondez aux questions 2a-2b	Sinon, rendez-vous à la question 3
	2a.	Votre diagnostic de cancer comprend-il les types suivants : cancer des poumons/ bronchique, myélome multiple (cancer des cellules plasmatiques), de la tête et du cou?		
	2b.	Recevez-vous présentement un traitement contre le cancer (comme la chimiothérapie ou la radiothérapie)?		
3.	Souffrez-vous d'une maladie du cœur ou d'une maladie cardiovasculaire? Ces dernières incluent la coronaropathie, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque ainsi que l'anomalie du rythme cardiaque diagnostiquée.		Si oui, répondez aux questions 3a-3e	Sinon, rendez-vous à la question 4
	3a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez **non** si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?		
	3b.	Avez-vous un rythme cardiaque irrégulier qui requiert un suivi médical (p. ex. fibrillation auriculaire, extrasystole ventriculaire)?		
	3c.	Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque chronique?		
	3d.	Votre tension artérielle au repos est-elle égale ou supérieure à 160/90 mm Hg avec ou sans médication (répondez **oui** si vous ne connaissez pas les valeurs de votre tension artérielle au repos)?		
	3e.	Est-ce que vous avez une coronaropathie (maladie cardiovasculaire) diagnostiquée et n'avez pas participé à une activité physique régulière au cours des 2 derniers mois?		

Veuillez lire attentivement les questions ci-dessous et y répondre de façon honnête : cochez oui ou non.			OUI	NON
4.	Souffrez-vous d'un trouble métabolique? Cette catégorie comprend le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le prédiabète.		Si oui, répondez aux questions 4a-4c	Sinon, rendez-vous à la question 5
	4a.	Votre glycémie est-elle souvent supérieure à 13,0 mmol/l (répondez **oui** si vous ne le savez pas)?		
	4b.	Présentez-vous des signes ou des symptômes de complications liées au diabète, comme une maladie du cœur ou une affection vasculaire, et/ou des complications qui affectent vos yeux, vos reins, ainsi que les sensations dans vos orteils et vos pieds?		
	4c.	Souffrez-vous d'un autre trouble métabolique (troubles thyroïdiens, diabète gestationnel, neuropathie chronique, troubles hépatiques)?		
5.	Avez-vous des problèmes de santé mentale ou des difficultés d'apprentissage? Ceux-ci comprennent l'Alzheimer, la démence, la dépression, les troubles anxieux, les troubles alimentaires, la psychose, la déficience intellectuelle et le syndrome de Down.		Si oui, répondez aux questions 5a-5b	Sinon, rendez-vous à la question 6
	5a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez **non** si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?		
	5b.	Souffrez-vous également de problèmes de dos qui affectent les nerfs ou les muscles?		
6.	Souffrez-vous d'une maladie respiratoire? Cette catégorie comprend la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme et l'hypertension artérielle pulmonaire.		Si oui, répondez aux questions 6a-6d	Sinon, rendez-vous à la question 7
	6a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez **non** si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?		
	6b.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que le niveau d'oxygène de votre sang au repos ou durant l'exercice est faible et/ou que vous avez besoin d'oxygène d'appoint?		
	6c.	Si vous êtes asthmatique, ressentez-vous présentement des symptômes de serrement de la poitrine, une respiration sifflante, une respiration laborieuse, une toux régulière (plus de 2 jours/semaine), ou avez-vous utilisé votre médication d'urgence plus de deux fois au cours de la dernière semaine?		
	6d.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez d'hypertension artérielle dans les vaisseaux sanguins de vos poumons?		
7.	Souffrez-vous d'un traumatisme médullaire? Cela inclut la tétraplégie et la paraplégie.		Si oui, répondez aux questions 7a-7c	Sinon, rendez-vous à la question 8
	7a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez **non** si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?		
	7b.	Présentez-vous couramment une tension artérielle au repos assez faible pour causer des étourdissements et/ou une syncope?		
	7c.	Votre médecin a-t-il indiqué que vous présentez des accès soudains d'hypertension artérielle (connus sous le nom de dysréflexie autonome)?		

Veuillez lire attentivement les questions ci-dessous et y répondre de façon honnête : cochez oui ou non.			OUI	NON
8.	Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral, y compris un accident ischémique transitoire (AIT)?		Si oui, répondez aux questions 8a-8c	Sinon, rendez-vous à la question 9
	8a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez **non** si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?		
	8b.	Avez-vous de la difficulté à marcher ou un problème de mobilité?		
	8c.	Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ou une déficience des nerfs ou des muscles au cours des 6 derniers mois?		
9.	Êtes-vous atteint de tout autre trouble médical qui n'est pas listé ci-dessus ou souffrez-vous de deux maladies chroniques?		Si oui, répondez aux questions 9a-9c	Sinon, lisez les recomman-dations ci-dessous
	9a.	Avez-vous fait l'expérience d'un évanouissement, d'une syncope ou d'une perte de connaissance dus à une blessure à la tête au cours des 12 derniers mois **ou** vous a-t-on diagnostiqué une commotion au cours des 12 derniers mois?		
	9b.	Souffrez-vous d'un trouble médical qui n'est pas listé (tel que l'épilepsie, les troubles neurologiques ou les troubles des reins)?		
	9c.	Souffrez-vous présentement de deux troubles chroniques?		

Veuillez lire les recommandations concernant votre trouble médical actuel ci-dessous et signer ce document.

Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs des questions de suivi relatives à votre trouble médical :

- Vous devriez demander de plus amples renseignements à un professionnel de la santé certifié avant de devenir physiquement plus actif ou de participer à une évaluation de la condition physique et / ou visiter un professionnel de l'exercice qualifié (PEC-SCPE) pour plus d'informations.

- ✓ Si vous n'avez pas l'âge légal requis pour donner votre consentement ou nécessitez l'assentiment d'un prestataire de soins,votre parent, votre tuteur ou votre prestataire de soins doit également signer ce formulaire.
- ✓ Veuillez lire et signer la déclaration ci-dessous :

Je soussigné(e) affirme avoir lu, entièrement compris et rempli ce questionnaire. Je reconnais que cette autorisation à faire de l'activité physique est valide pour un maximum de 12 mois à partir de la date à laquelle le questionnaire a été rempli et qu'elle deviendrait invalide si mon état de santé venait à changer. Je reconnais également qu'un administrateur (par exemple mon employeur, mon centre communautaire/de conditionnement physique, mon professionnel de la santé ou autre remplaçant désigné) pourrait conserver une copie de ce formulaire pour ses dossiers. En pareils cas, l'administrateur devra adhérer aux directives locales, nationales et internationales en matière d'archivage des renseignements médicaux personnels, s'assurant que cette information demeure confidentielle et que personne n'en fasse mésusage ou ne la divulgue illégalement.

NOM _____ DATE _____

SIGNATURE _____ TÉMOIN _____

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR/PRESTATAIRE DE SOINS _____