



Formulaire envoyé en date du :

ENVOYÉ À :

ENVOYÉ PAR :

### QUESTIONNAIRE – SERVICE DE KINÉSIOLOGIE

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Membre actif du centre Nouveau membre

Objectifs / attentes : \_\_\_\_\_

OUI	NON	QUESTIONNAIRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous arrive-t-il de ressentir des douleurs à la poitrine?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'un problème cardiaque <b>diagnostiqué</b> ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre liés à des étourdissements ou vous arrive-t-il de perdre connaissance?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous <b>traité</b> pour une hypertension artérielle?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous <b>traité</b> pour un cholestérol trop élevé?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous de diabète ou pré-diabète <b>diagnostiqué</b> ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous de maladie pulmonaire obstructive chronique ( <b>MPOC</b> )?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'arthrite <b>diagnostiquée</b> ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'arthrose <b>démontrée par radiographie</b> ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des <b>problèmes articulaires</b> qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau d'activité physique? <b>Où se présente la douleur? :</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des <b>problèmes de dos</b> qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau d'activité physique? <b>Où se présente la douleur? :</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà subi une <b>chirurgie bariatrique</b> ou <b>anneau gastrique</b> ?

J'AI BESOIN D'UN PLAN POUR : LE GYM LA MAISON (Pour que ce plan soit efficace, vous devez avoir un minimum de poids et d'équipement à la maison)

SOUFFREZ-VOUS D'OBÉSITÉ? Si oui, veuillez indiquer vos mensurations ci-dessous :

**POIDS** \_\_\_\_\_ LBS OU \_\_\_\_\_ KG

**TAILLE** \_\_\_\_\_ PIEDS/PO OU \_\_\_\_\_ MÈTRES

Je, soussigné(e), assure que les renseignements donnés ci-haut sont véridiques.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

FIN DU QUESTIONNAIRE. MERCI!

#### INFORMATION À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION

IMC SUPÉRIEUR À 30 = Surplus de poids \*1kg = 2.2 lbs \*1 pouce = 2,54 cm

Calcul de l'IMC : Poids en Kilogrammes, divisés par taille en mètres, divisé une autre fois par taille en mètres.

IMC DU CLIENT : \_\_\_\_\_ KG / \_\_\_\_\_ M / \_\_\_\_\_ M = \_\_\_\_\_