

## QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LES PRATIQUANTS MAJEURS DE KARTING\*

\*OBLIGATOIRE POUR LA DÉLIVRANCE ET LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE NATIONALE DE PRATIQUANT KARTING ET D'UN TP COMPÉTITION DE KARTING OU TP ANNUEL EFK

NOM/PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

### 1. AVEZ-VOUS DÉJÀ RESENTI PENDANT OU APRÈS

#### UN EFFORT LES SYMPTÔMES SUIVANTS :

- Malaise ou perte de connaissance
- Douleur thoracique?
- Palpitations (cœur irrégulier)
- Fatigue ou essoufflement inhabituel

OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU OU ÉTÉ OPÉRÉ DE :

- Une maladie cardiaque
- Une maladie des vaisseaux
- Un trouble du rythme connu

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. ETES-VOUS :

- Diabétique
- Épileptique
- Porteur d'un défibrillateur / pacemaker

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :

- Une phlébite
- Une embolie pulmonaire

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. PRENEZ-VOUS UN TRAITEMENT RÉGULIER PAR ANTICOAGULANT :

(Sintrom®, Coumadine®, Préviscan®, Eliquis® - apixaban, Pradaxa® dabigatran, Xarelto® - rivaroxaban)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

### 6. AVEZ-VOUS DES TROUBLES DE VISION DES COULEURS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

### 7. AVEZ-VOUS DES TROUBLES DE LA VUE :

Si oui portez-vous des corrections :  lunettes  lentilles

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

### 8. SI VOUS AVEZ + DE 45 ANS :

Votre dernier électrocardiogramme date de + de 5 ans :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

\*NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

1. Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

2. Si vous avez répondu OUI à une des questions : Vous devez fournir un certificat médical d'absence de contre-indication pour obtenir ou renouveler votre licence. Consultez un médecin et présentez-lui le questionnaire renseigné.