

Nom :

Prénom :

Date :

Température :

Depuis le confinement puis le déconfinement :

Avez-vous consulté un médecin ?

oui non

Avez-vous bénéficié d'une téléconsultation avec un médecin ?

oui non

Avez-vous déclaré une blessure ou une maladie (sans rapport avec le Covid-19) ?

oui non

Pendant le confinement ou depuis le début du déconfinement, avez-vous présenté les signes suivants :

	Oui	Non	Survenue brutale ?	Date apparition	Durée en jours
Fièvre (+/- frissons, sueurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleur ou gêne thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleurs musculaires inexpliquées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fatigue intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maux de tête inhabituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Perte de l'odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Perte du goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles digestifs associés (diarrhée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Eruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Engelures (orteil ou doigt violacé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Avez-vous été dépisté

oui non

Si oui : date et résultat du test

positif négatif

Depuis le début du confinement puis du déconfinement, y a-t-il eu dans votre entourage proche :

Des personnes malades du Covid-19 ou suspectes de Covid-19

oui non

Avez-vous pris + de 5kg pendant le confinement ?

oui non

Avez-vous limité votre activité physique à moins de 2 fois par semaine depuis mars ?

oui non

Avez-vous ressenti au cours des efforts physiques :

Une difficulté à faire un exercice facile pour vous habituellement ?

oui non

Vous essoufflez-vous plus vite ?

oui non

Avez-vous plus de courbatures qu'avant ?

oui non

Votre fréquence cardiaque au repos est-elle plus rapide qu'avant ?

oui non

Avez-vous ressenti des palpitations ?

oui non

Comment vous sentez-vous d'un point de vue général sur une échelle de 1 à 10 ?

(0 = méforme totale et 10 = forme excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Depuis le déconfinement :

Ressentez-vous des appréhensions à la reprise sportive ?

oui non

Ressentez-vous du stress ou de l'anxiété avec le déconfinement (sur une échelle de 1 à 10) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Avez-vous eu des troubles du sommeil ?

oui non

Maintenant :

Souhaitez-vous une aide ou un soutien psychologique pour la reprise, si vous avez des questions ou des appréhensions personnelles ou en rapport avec la motivation ou la performance ?

oui non