

Antécédents Médicaux

Nom _____ Date de Naissance _____

Êtes-vous sous les soins d'un médecin? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer: _____

Avez-vous été hospitalisé ou subi une opération majeure? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer: _____

Avez-vous déjà eu une blessure grave à la tête ou au cou? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer: _____

Prenez-vous des médicaments, des pilules ou des médicaments? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer: _____

Prenez-vous ou avez-vous pris Phen-Fen ou Redux? Oui Non

Avez-vous déjà pris Fosamax, Boniva, Actonel ou tout autre médicament contenant des bisphosphonates?

Oui Non

Suis tu un régime spécial?

Oui Non

Utilisez-vous du tabac?

Oui Non

Utilisez-vous des substances contrôlées?

Oui Non

Femme: Es-tu _____

Enceinte/Essayant? Yes No If yes, how far along are you? _____

Allaite? Yes No

Êtes-vous allergiques à l'un des éléments suivants?

Aspirine Péniciline Codéine Anesthésiques Locaux Acrylic Métal Latex Drogue Sulfa

Other Si oui, veuillez expliquer: _____

Avez-vous ou avez-vous eu l'un des symptômes suivants?

SIDA/VIH positif	Cortisone Médicament	Hémophilie	Traitement de Radiation
Maladie d'Alzheimer	Diabète	Hépatite A	Perte de poids récente
Anaphylaxie	Toxicomanie	Hépatite B ou C	Dialyse Rénale
Anémie	Facilement Venteux	Herpès	Rhumatisme articulaire aigu
Angine	Emphysème	Hypertension Artérielle	Rheumatisme
Arthrite/Goutte	Épilepsie ou Convulsions	Taux de Cholestérol élevé	Scarlatine
Valve Cardiaque Artificielle	Saignement Excessif	Urticaire ou Éruption Cutanée	Zona
Articulation Artificielle	Soif Excessive	Hypoglycémie	Drépanocytose
Asthme	Évanouissements	Rythme Cardiaque Irrégulier	Trouble sinuses
Maladie de Sang	Toux Fréquente	Problèmes Rénaux	Spina Bifida
Transfusion Sanguine	Diarrhée Fréquente	Leucémie	Maladie estomac/intestinale
Problème Respiratoire	Mal de Tête Fréquente	Maladie du Foie	Accident vasculaire cérébrale
Meurtrissure Facilement	L'Herpès Génital	Pressio artérielle faible	Gonflement des membres
Cancer	Glaucome	Maladies Pulmonaires	Maladie Thyroïdienne
Chimiothérapie	Fièvre	Prolapsus de la Valve Mitrale	Amygdalite

Douleur à la poitrine	Crise cardiaque/échec	Ostéoporose	Tuberculose
Boutons de fièvre	Souffle au coeur	Douleur articulations mâchoire	Tumeurs/Excroissances
Maladie Cardiaque Congénitale	Stimulateur cardiaque	Maladie Parathyroïdienne	Ulcères
Convulsions	Trouble/Maladie cardiaque	Soins Psychiatriques	Maladie Vénérienne

Avez-vous eu une autre maladie grave non énumérée ci-dessus? _____

Commentaires: _____

À ma connaissance, les questions de ce formulaire ont été répondues avec précision. Je comprends que fournir des informations incorrectes peut être dangereux pour ma santé. Il est de ma responsabilité d'informer Kanehsatake CrossFit de tout changement d'état médical.

Signature _____ **Date** _____