



## Formulaire d'inscription

1. Prénom : \_\_\_\_\_ 2. Nom de famille : \_\_\_\_\_  
(Nom de jeune fille s'il y a lieu)

3. Sexe :  Féminin  Masculin 4. Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5. Âge : \_\_\_\_\_  
mm jj aaaa

6. Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro, rue et app. Ville Province Code postal

7. Tél : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Domicile Travail Cellulaire

8. Courriel : \_\_\_\_\_

9. Occupation : \_\_\_\_\_

10. Personne contact : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

11. Comment avez-vous entendu parler de CHIP? (médecin, infirmière, hôpital, ami, brochure, etc.) \_\_\_\_\_

12. Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Cardiologue : \_\_\_\_\_

Endocrinologue : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

13. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une **maladie cardiovasculaire**  
(incluant A.V.C., angine, infarctus, pontage ou angioplastie) ?  OUI  NON

14. Un membre de votre famille immédiate (parent, frère ou sœur)  
a-t-il eu une maladie cardiovasculaire **avant l'âge de 60 ans** ?  IGNORE  OUI  NON

15. Un membre de votre famille immédiate (parent, frère et sœur)  
souffre-t-il de **diabète** ?  IGNORE  OUI  NON

16. **Fumez-vous** régulièrement une ou plusieurs cigarettes par jour ?  OUI  NON

17. Veuillez inscrire les **médicaments, produits naturels et suppléments** que vous prenez ainsi que **la dose** :

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

18. **Antécédents médicaux** (Mettez un crochet s.v.p.)

Problème cardiaque \_\_\_\_\_

Cholestérol élevé \_\_\_\_\_

**Diabète ou hyperglycémie** \_\_\_\_\_

Epilepsie \_\_\_\_\_

Accident vasculaire cérébral \_\_\_\_\_

Problème articulaire ou osseux \_\_\_\_\_

Varices \_\_\_\_\_

Hypertension artérielle \_\_\_\_\_

Blessure au dos \_\_\_\_\_

Goutte \_\_\_\_\_

Maladie pulmonaire \_\_\_\_\_

**Veillez continuer au verso**





## Formulaire d'inscription

19. **Symptômes récents** (avez-vous récemment ressenti un ou plusieurs des symptômes suivants au repos, pendant ou après un effort physique?)

Douleur ou inconfort à la poitrine	_____	Souffle court	_____
Douleur au dos	_____	Palpitations	_____
Arthrite / articulations enflées	_____	Toux à l'effort	_____
Maladie récente	_____	Autre :	_____
Vertige ou perte de conscience	_____		

20. Avez-vous de la difficulté à vous endormir, à rester endormi, ou encore, est-ce que vous vous éveillez plus tôt que vous voudriez?  OUI  NON

21. Avez-vous de la difficulté à gérer votre temps et à prioriser?  OUI  NON

22. Avez-vous du mal à contrôler vos habitudes alimentaires?  OUI  NON

23. Doutez-vous de votre aptitude à maintenir un programme d'exercice?  OUI  NON

24. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous pratiqué une activité physique modérée, et ce pendant au moins 10 minutes, telle que la marche rapide, porter des charges légères, vélo ou natation à un rythme modéré, tennis en double, rassembler ou ramasser les feuilles mortes, balayer le plancher?

\_\_\_\_\_ jours/semaine

25. Combien de temps avez-vous consacré à une activité d'intensité modérée pendant un de ces jours ?

\_\_\_\_\_ minutes/jour

26. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous pratiqué une activité physique d'intensité élevée, et ce pendant au moins 10 minutes, telle que soulever des charges lourdes, creuser, aérobie, vélo ou natation à un rythme rapide, course à pied ou soccer ?

\_\_\_\_\_ jours/semaine

27. Combien de temps avez-vous consacré à une activité d'intensité élevée pendant un de ces jours ?

\_\_\_\_\_ minutes/jour

28. Souffrez-vous de problèmes orthopédiques pouvant s'aggraver par l'exercice?

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

29. Si vous êtes couvert (e) par un régime privé d'assurance, quel est votre fournisseur? \_\_\_\_\_

Signature du (de la) patient (e) : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mm jj aaaa