



PARLONS PARASPORT ET SANTÉ



Fondation
HOPALE
CENTRE JACQUES CALVÉ

Questionnaire à compléter afin de faciliter l'évaluation médicale et fonctionnelle ainsi que l'orientation vers une pratique adaptée.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Personne à contacter en cas d'urgence (nom/téléphone) :

SITUATION DE HANDICAP / PATHOLOGIE

Nature du handicap ou de la pathologie principale :

☐ Neurologique ☐ Orthopédique ☐ Traumatique

☐ Sensoriel

☐ Autre :

Diagnostic (si connu) :

Date de survenue :

Evolution :

☐ Stable ☐ Amélioration ☐ Aggravation

Aides techniques utilisées :

☐ Fauteuil roulant ☐ Prothèse ☐ Orthèse

☐ Canne ☐ Déambulateur

☐ Autre :

CAPACITÉS FONCTIONNELLES ACTUELLES

Avez-vous des difficultés pour marcher / vous déplacer

☐ Autonome ☐ Avec aide ☐ Fauteuil

☐ Précisez :

☐ Limitation du périmètre de marche à

Équilibre : ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Difficile

Force des membres supérieurs :

☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Faible

Force des membres inférieurs :

☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Faible

Avec-vous des difficultés de compréhension / concentration : ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois

Endurance à l'effort : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Faible

Fatigabilité : ☐ Faible ☐ Modérée ☐ Importante

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CONTRE-INDICATIONS

Antécédents médicaux notables :

☐ Troubles cardiaques :

☐ Troubles pulmonaires :

☐ Troubles neurologiques :

☐ Diabète ☐ Epilepsie ☐ Troubles visuels

☐ Douleurs chroniques

☐ Troubles de l'équilibre / chutes

☐ Autres pathologies :

Antécédents chirurgicaux :

Douleurs actuelles : ☐ Non ☐ Oui

localisation / intensité :

Contre-indications médicales connues à l'activité physique :

☐ Non ☐ Oui préciser :

Certificat médical pour la pratique sportive :

☐ Oui ☐ Non

Traitements en cours :

PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ANTÉRIEURE

Avez-vous déjà pratiqué une activité sportive ?

☐ Oui ☐ Non

Avant le handicap :

Après le handicap :

Fréquence antérieure :

☐ Occasionnelle ☐ Régulière ☐ Intensive

Raisons de l'arrêt éventuel :

INTÉRÊT POUR LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE OU SPORTIVE

Souhaitez-vous pratiquer une activité physique ou sportive ?

☐ Oui ☐ Non ☐ À réfléchir

Pensez-vous avoir besoin d'adaptations particulières pour la pratique de votre activité ?

☐ Oui ☐ Non. Lesquelles :

Objectifs principaux :

☐ Amélioration / Entretien de la condition physique ☐ Bien-être / Plaisir ☐ Lien social ☐ Compétition

Activités envisagées ou souhaitées (si connues) :

.....
.....

ENVIRONNEMENT ET CONTRAINTES

Temps disponible par semaine :

☐ < 1h ☐ 1-2h ☐ 2-3h ☐ > 3h

Moyens de transport :

☐ Autonome ☐ Aidé ☐ Transport médicalisé

Accès à un club ou à une structure sportive :

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Freins identifiés à la pratique :

☐ Douleur ☐ Fatigue

☐ Manque de confiance ☐ Transport

☐ Eloignement géographique ☐ Coût

☐ Autre :

.....

ATTENTES VIS-À-VIS DE LA CONSULTATION

Attentes principales :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Questions ou préoccupations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONSENTEMENT

Je consens à l'utilisation de ces informations dans le cadre de ma prise en charge en lien avec mon projet de pratique d'activités physiques ou sportives au sein du centre de rééducation Jacques Calvé.

Date :

Signature du patient :

PARLONS PARASPORT ET SANTÉ



PLAGE
DE
BERCK



Scannez ce QR code pour découvrir notre offre parasport



Téléphone secrétariat : 03 21 89 31 15
Email : parasport.calve@fondation-hopale.org

Rejoignez-nous sur les réseaux



www.fondation-hopale.org