

QUESTIONNAIRE REPRISE POST CONFINEMENT



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 inexplicables | <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

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ffhandball.fr

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z