

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)					
Toux					
Difficulté à respirer					
Douleur ou gêne thoracique					
Douleurs musculaires inexpliquées					
Fatigue intense					
Maux de tête inhabituels					
Perte de l'odorat					
Perte du goût					
Maux de gorge					
Troubles digestifs associés (diarrhée)					
Eruption cutanée					
Engelures (orteil ou doigt violacé)					

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 CRÉTÉIL 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