|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Oui | Non |
| Votre enfant a-t-il un dossier médical aux Hôpitaux Universitaires de Genève ? | | □ | □ |
| Désirez-vous que les résultats soient inclus dans son dossier médical ? | | □ | □ |
| Est-il connu pour un problème cardiaque ? □ Oui □ Non  Si oui, lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Sexe | □ Masculin  □ Féminin | | |
| Ethnicité | □ Européen □ Asiatique □ Africain □ Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Date de naissance |  | | |
| Age |  | | |
| Tabagisme | □ Oui □ Non | | |
| Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux et/ou chirurgicaux ? □ Oui □ Non  Si oui, le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Prend-il un traitement médicamenteux ou des compléments alimentaires ? □ Oui □ Non  Si oui, le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**Swiss PAED (Swiss Paediatric Athletes ECG Database)**

Votre enfant présente-il un ou plusieurs des symptômes suivants :

□ Douleur dans la poitrine

□ Palpitations (sensation de battement cardiaque rapide ou irrégulier)

□ Essoufflement

□ Malaise / perte de connaissance

□ Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y-a-t-il une histoire de mort subite dans la famille ?  □ Oui □ Non

Sport

Nombre d’heures de sport scolaire par semaine : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_h/sem

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sport(s) pratiqué(s)** | **Nombre d’heures d’entraînement/ semaine** | **Nombre d’années d’entraînement** | **Age de début de la pratique** | **Licencié d’un club** | **Niveau**  Régional  National International | **Réservé au personnel de l’étude** | |
| **Statique** | **Dynamique** |
| 1 |  |  |  |  | □ Oui □ Non |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | □ Oui □ Non |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | □ Oui □ Non |  |  |  |

En ma qualité de parent de l’athlète susmentionné, ou d’athlète si j’ai plus de 14 ans :

□ Oui, je veux être informé-e des résultats **(merci d’indiquer votre adresse postale)**

□ Non, je ne veux pas être informé-e des résultats

□ Oui, je veux que mon médecin soit informé des résultats

Nom du médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Non, je ne veux pas que mon médecin soit informé des résultats

|  |
| --- |
| Adresse e-mail / postale pour l’envoi des résultats :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **\*\*\*\* PARTIE RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE L’ÉTUDE\*\*\*\*** |
| Examen :  Poids : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg  Taille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm  Fréquence cardiaque : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/min  TA systolique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmHg  TA diastolique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mmHg  TA moyenne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mmHg  Status:  □ Souffle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Hypertension  □ Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Investigations:  □ 24h-ECG  □ Echocardiographie  □ Ergospirométrie  □ Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Résultats:  □ Courrier envoyé à l’enfant/parents  □ Courrier envoyé au pédiatre |