|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 □ NonSi 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 □ NonSi oui, le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Prend-il un traitement médicamenteux ou des compléments alimentaires ? □ Oui □ NonSi 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**RégionalNational 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kgTaille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cmFréquence cardiaque : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/minTA systolique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmHgTA diastolique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mmHgTA moyenne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mmHgStatus: □ Souffle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Hypertension □ Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Investigations: □ 24h-ECG □ Echocardiographie □ Ergospirométrie □ Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Résultats:□ Courrier envoyé à l’enfant/parents□ Courrier envoyé au pédiatre |