

QUESTIONNAIRE PSYCHOLOGIQUE (*)

1- Objectifs sportifs de la dernière saison ?

2- Résultats sportifs de la dernière saison ?

3- Votre saison a-t-elle été conforme à vos objectifs ?

OUI

NON

Commentaire :

4- Que reprenez-vous de votre saison ?

Bons résultats

résultats moyens

mauvais résultats

Saison irrégulière

Méforme

Blessure

5- A quoi attribuez-vous :

Vos performances,

Vos contre-performances

Mentales

Physiques

Mentales

Physiques

Techniques

Tactiques

Techniques

Tactiques

Entourage

Autres :

Entourages

Autre :

6- Avez-vous remarqué des différences de performances entre entraînement et compétition ?

OUI NON

7- Pour quelles raisons pratiquez-vous votre sport ?

Performance,

Habitude

Argent

Rencontre avec les gens,

Sensations,

Plaisir

Reconnaissance personnelle,

Amélioration de l'apparence physique

Action sur le poids (en prendre ou en perdre)

Autre : _____

8- Arrivez-vous à organiser votre temps ? (Mettre une croix sur la ligne au niveau vous convenant)

Plutôt bien _____

Plutôt mal

9- Comment votre famille s'investit dans votre pratique sportive ?

Pas du tout _____

Trop

10- Les relations avec votre entraîneur sont :

Très bonne _____

Très mauvaise

11- Quelles sont les relations avec votre groupe d'entraînement ?

Très bonne _____

Très mauvaise

12- Êtes-vous sujet au stress ?

En compétition,

A l'entraînement

A l'école

Au travail / vie professionnelle

Dans vos relations

13- Arrivez-vous à gérer ce stress ?

OUI

NON

PAS TOUJOURS

14- Imaginez que vous êtes obligés d'arrêter votre pratique sportive (blessures, méforme...) :

Vous essayez coûte que coûte de continuer votre entraînement

Vous travaillez plus

Vous déprimez

Vous en profitez pour faire une activité de loisirs

Vous en profitez pour réaliser d'autres activités relationnelles

Autre : _____

15- Souhaitez-vous rencontrer un(e) psychologue du sport ? OUI NON

Nom : Prénom : Date du jour :

ACTIVITES SPORTIVES

* SPORTS PRATIQUES

Spécialité sportive principale :

Autres sports pratiqués :

Fréquence des compétitions :

Avez-vous changé d'activité sportive ? OUI NON

Avez-vous eu de longues interruptions ? OUI NON

Pour quelles raisons ?

Combien de temps ?

* PERFORMANCES :

Meilleure performance absolue :

Meilleure performance de la saison :

Meilleurs Titres :

* OBJECTIFS :

Objectifs proches :

Objectifs saisons :

Objectifs futurs :

* ENTRAINEMENT :

Programme d'entraînement ?

OUI NON

Fréquence d'entraînement : > 1 fois par semaine :

OUI NON

Nombre d'entraînement Hebdomadaires : _____

Nombre total d'heures de sport par semaine : _____

Détails sur l'entraînement : _____

Échauffement :

Commentaires : _____

Étirements ? OUI NON

Autre : _____

Entraînement :

Jogging ? OUI NON

Musculation ? OUI NON

Autre : _____

Récupération

Étirements ? OUI NON

Hydratation ? OUI NON

Alimentation ? OUI NON

Spécifiques ? OUI NON

Autre : _____

Avez-vous un entraîneur ? OUI NON

Nom entraîneur : _____

HYGIENNE DE VIE (HABITUS)

* SOMMEIL :

Quantité

Heure de coucher : ___ : ___

Heure de réveil : ___ : ___

Nb heures de sommeil : ___

Insuffisant ?

OUI NON

Hypersomnie ?

OUI NON

Qualité du sommeil

Sommeil réparateur ? OUI NON

Insomnie d'endormissement ? OUI NON

Insomnie de deuxième moitié de nuit ? OUI NON

Sommeil agité ? OUI NON

Sieste ? OUI NON

Détail :

* CONSOMMATION DIVERSES :

Tabac : *Fumez-vous ?* OUI NON si oui : ___ cig/j

Chiquez-vous ? OUI NON si oui : ___ chique/j

Alcool : *Consommez-vous de l'alcool ?* OUI NON

Régulièrement Occasionnellement Fréquence & quantité : _____

Excitants : *Consommez-vous du Thé/Café ?* OUI NON

 Nombre de tasse de thé par jour : ___ / j Nombre de tasse de café par jour : ___ / j

Toxiques : *Consommez-vous des substances toxiques ?* OUI NON

Si oui, lesquels et quantités : _____

QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL (*)

* INFORMATION :

Accidents ou problèmes de santé survenus depuis 1 an :

Y a-t-il eu une incidence sur votre alimentation : OUI NON

Commentaires :

Y a-t-il eu une incidence sur votre poids : OUI NON

Commentaires :

* HABITUDES ALIMENTAIRES

Type d'alimentation : Variée et paraissant spontanément équilibrée Plutôt riche en féculent
 Plutôt riche en graisse Plutôt riche en protéine
 Végétarien Végétalien

Appétit : Bon Moyen Irrégulier Mauvais
Objectifs : Entretien Amaigrissement Prise de poids Augmentation de la masse musculaire

Aversions et / ou allergies alimentaires : OUI NON

Si oui, précisez :

Pathologies liées à l'alimentation : OUI NON

Si oui, précisez :

Changement d'alimentation en fonction des objectifs sportifs ? OUI NON

J'ai la sensation d'avoir perdu le contrôle de votre poids : OUI NON

Mon poids fluctue de plus de 6 kg dans la saison : OUI NON

Je me trouve trop gros(se) alors que les autres me trouvent trop mince ? OUI NON

La nourriture domine ma vie ? OUI NON

Régime en cours ? OUI NON

* LES REPAS

Petit-déjeuner : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Déjeuner : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Dîner : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Collation : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Précisez : en matinée l'après-midi le soir

Grignotage ? OUI NON Si oui, précisez : _____

(*) Questionnaire emprunté au service de médecine du sport du C.H.U de Grenoble

QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL (SUITE)

* HYDRATATION :

Eau plate, gazeuse (tisanes) : 1/2 litre 1 litre > 1 litre
Boissons sucrées (sirop, sodas, jus de fruits) : Occasionnel 1 verre/j 1-2 verres/j >2 verres/j
Thé/Café : <1 tasse/j 1 à 3 tasse/j >3 tasses/j
Vous buvez : Lors des repas entre les repas à l'entraînement

* COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ – VOUS :

Lait/yaourts/fromage blanc/petits suisses. _____/jour
Fromages secs. _____/jour
Crème dessert, flan. _____/jour
Des viandes/poissons/œufs/jambon : _____/jour
Des féculents, autre que le pain : pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs : _____/jour
Pain ou biscottes ou céréales : _____/jour
Des fruits : _____/jour
Des légumes crus ou cuits : _____/jour

Avez-vous l'habitude de cuisiner « léger » (peu d'huile, de beurre, de crème) : OUI NON

* COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE MANGEZ – VOUS :

Des sucreries (bonbons, glaces, barres chocolatées...): ≤ 1 2 à 4 > 4
Des viennoiseries, pâtisseries : ≤ 1 2 à 4 > 4
Restauration rapide (sandwich, croque-monsieur, fast-food, quiches...): ≤ 1 2 à 4 > 4
Des charcuteries (saucisson, pâté...): ≤ 1 2 à 4 > 4
Fritures, plats en sauce... : ≤ 1 2 à 4 > 4

* PRENEZ VOUS DES VITAMINES ou DES COMPLEMENTS ALIMENTAIRES ?

Vitamine C ? OUI NON *Si oui, précisez :* _____
Protéines ? OUI NON *Si oui, précisez :* _____
Compléments alimentaires ? OUI NON *Si oui, précisez :* _____

* PENDANT LE SPORT :

Vous buvez :

Eau : OUI NON *Nature :* _____ *Qté :* _____ l/h
Boissons sucrées : OUI NON *Nature :* _____ *Qté :* _____ l/h
Boissons énergétiques : OUI NON *Nature :* _____ *Qté :* _____ l/h

Vous mangez :

Barres protidiques : OUI NON *Nature :* _____ *Qté :* _____ barres/h
Barres de céréales : OUI NON *Nature :* _____ *Qté :* _____ barres/h
Autres : OUI NON *Nature :* _____ *Qté :* _____ barres/h

Souhaitez-vous rencontrer la diététicienne ? OUI NON

**QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DU SURENTRAINEMENT
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE DU SPORT**

Nom : **Prénom :** **Date du jour :**

Date de naissance :

Quelle est votre profession ?

Si vous êtes étudiant, êtes-vous en période d'examens ? oui non

Quelle est votre discipline sportive principale ?

Niveau de pratique ? International ou National ou Régional ou Départ ou Loisir

Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ?

Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale ?

Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ?

Nombre de compétitions dans le mois qui précède (en journées de compétition)

Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les ?

Y a-t-il eu au cours du dernier mois, un événement important ayant perturbé votre vie personnelle ou familiale ? oui non

Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? oui non

Prenez-vous un traitement actuellement ? oui non Si Oui, lequel ?

Avez-vous effectué un stage récent en altitude (dans les derniers 15 jours) ? oui non

Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autres raison) ? Oui non

Avez-vous des troubles des règles ? oui non

Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :

Mon Niveau de Performance est :

Mauvais < >Excellent

Je me fatigue :

Plus lentement < > Plus rapidement

Je récupère de mon état de fatigue :

Plus vite < > Plus lentement

Je me sens :

Très détendu < > Très anxieux

J'ai la sensation que ma force musculaire a :

Augmenté < > Diminué

J'ai la sensation que mon endurance a :

Augmenté < > Diminué

Ce dernier mois :

1	Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué	OUI	NON	28	Mon coeur bat plus vite qu'avant au repos	OUI	NON
2	Je ne soutiens pas autant mon attention	OUI	NON	29	Mon coeur bat plus vite qu'avant à l'effort	OUI	NON
3	Mes proches estiment que mon comportement a changé	OUI	NON	30	Je suis souvent mal fichu	OUI	NON
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine	OUI	NON	31	Je me fatigue plus facilement	OUI	NON
5	J'ai une sensation de palpitation	OUI	NON	32	J'ai souvent des troubles digestifs	OUI	NON
6	J'ai une sensation de gorge serrée	OUI	NON	33	J'ai envie de rester au lit	OUI	NON
7	J'ai moins d'appétit qu'avant	OUI	NON	34	J'ai moins confiance en moi	OUI	NON
8	Je mange davantage	OUI	NON	35	Je me blesse facilement	OUI	NON
9	Je dors moins bien	OUI	NON	36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées	OUI	NON
10	Je somnole et baille dans la journée	OUI	NON	37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	OUI	NON
11	Les séances me paraissent trop rapprochées	OUI	NON	38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	OUI	NON
12	Mon désir a diminué	OUI	NON	39	J'ai perdu de la force, du punch	OUI	NON
13	Je fais de contre-performances	OUI	NON	40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	OUI	NON
14	Je m'enrhume fréquemment	OUI	NON	41	Je dors plus	OUI	NON
15	J'ai des problèmes de mémoire	OUI	NON	42	Je tousse plus souvent	OUI	NON
16	Je grossis	OUI	NON	43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	OUI	NON
17	Je me sens souvent fatigué	OUI	NON	44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs	OUI	NON
18	Je me sens en état d'infériorité	OUI	NON	45	Je m'irrite plus facilement	OUI	NON
19	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	OUI	NON	46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	OUI	NON
20	J'ai plus souvent mal à la tête	OUI	NON	47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	OUI	NON
21	Je manque d'entrain	OUI	NON	48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles	OUI	NON
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	OUI	NON	49	C'est ma faute si je réussis moins bien	OUI	NON
23	Je me confie moins facilement	OUI	NON	50	J'ai les jambes lourdes	OUI	NON
24	Je suis souvent patraque	OUI	NON	51	J'égare plus facilement les objets (clefs, etc...)	OUI	NON
25	J'ai plus souvent mal à la gorge	OUI	NON	52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	OUI	NON
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	OUI	NON	53	Je maigris	OUI	NON
27	Je supporte moins bien mon entraînement	OUI	NON	54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	OUI	NON