

# Questionnaire Pré-Évaluation

Nom: \_\_\_\_\_

Date naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

Expérience en escalade (années)	
Autres sports (présent et passé)	
Forces en escalade (type de mouvement, type de prises, inclinaison...)	
Difficultés en escalade	
Niveau de grimpe? (onsight / redpoint)	
Fréquence et durée d'entraînement	
Changements récents à l'entraînement	

## Blessures ou douleurs

Blessure actuelle :	Antécédents de blessure ayant nécessité consultation
Date d'origine:	
Gestes qui augmentent la douleur?	
Gestes qui diminuent la douleur?	

## Santé générale

- Allergies \_\_\_\_\_
- Conditions de santé connues \_\_\_\_\_
- Médication \_\_\_\_\_
- Chutes/accidents graves \_\_\_\_\_

## Symptômes autres

- Engourdissements
- Migraines/maux de tête
- Étourdissements/nausée
- Insomnie
- Anxiété, stress
- Fatigue générale
- Spasmes/crampes musculaires
- Fuites urinaires
- Menstruations douloureuses
- Problèmes digestifs / reflux