

### QUESTIONNAIRE DE SURENTRAÎNEMENT

Nom : ..... Prénom : ..... Date du jour : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Si vous êtes étudiant, êtes-vous en période d'examens ? OUI  NON

● Discipline sportive principale ? .....

Niveau de pratique : Internat. ou National Régional ou Départ. Loisir

Nombre d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois : .....

Nombre d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale : .....

L'intensité de cet entraînement est : (entourer la mention utile)

Extrêmement facile - Très facile - Facile - Modérée - Forte - Très forte - Extrêmement forte

Nombre 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   
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 raisons) ? 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 : Excellent Mauvais

Mon état physique : Grande forme Méforme

Je me fatigue : Plus lentement Plus rapidement

Je récupère de mon état de fatigue : Plus lentement Plus rapidement

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