

# Questionnaire de dépistage du surentraînement

(de la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport)

**Date :**

**NOM/ID :**

**Homme**

**Femme**

**Né(e). le :**

Profession :

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

Oui

Non

Quelle est votre discipline sportive principale ?.....

Niveau de pratique (entourer/sélectionner la mention utile) :

International - National - Régional - Départemental – Loisir .....

Nombre d'heures d'entraînement réalisées

dans **ce dernier mois** .....

dans **cette dernière semaine** dans votre discipline principale .....

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

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

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

**Nombre d'heures d'entraînement** réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale.....

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

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

Oui

Non

Avez-vous arrêter votre entraînement pour maladie ou blessure ? .....

Oui

Non

Prenez-vous un traitement actuellement ? .....

Oui

Non

Lequel ?.....

Avez-vous effectuer 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

<b>Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :</b>		
Mon Niveau de Performance est :		
Mauvais		Excellent
Mon état physique :		
Grande forme		Méforme
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
2. Je ne soutiens pas autant mon attention	Oui	Non
3. Mes proches estiment que mon comportement a changé	Oui	Non
4. J'ai une sensation de poids sur la poitrine	Oui	Non
5. J'ai une sensation de palpitation	Oui	Non
6. J'ai une sensation de gorge serrée	Oui	Non
7. J'ai moins d'appétit qu'avant	Oui	Non
8. Je mange davantage	Oui	Non
9. Je dors moins bien	Oui	Non
10. Je somnole et baille dans la journée	Oui	Non
11. Les séances me paraissent trop rapprochées	Oui	Non
12. Mon désir sexuel a diminué	Oui	Non
13. Je fais des contre-performances	Oui	Non
14. Je m'enrhume fréquemment	Oui	Non
15. J'ai des problèmes de mémoire	Oui	Non
16. Je grossis	Oui	Non
17. Je me sens souvent fatigué	Oui	Non
18. Je me sens en état d'infériorité	Oui	Non
19. J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	Oui	Non
20. J'ai plus souvent mal à la tête	Oui	Non
21. Je manque d'entrain	Oui	Non
22. J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	Oui	Non
23. Je me confie moins facilement	Oui	Non
24. Je suis souvent patraque	Oui	Non
25. J'ai plus souvent mal à la gorge	Oui	Non
26. Je me sens nerveux, tendu, inquiet	Oui	Non
27. Je supporte moins bien mon entraînement	Oui	Non
28. Mon coeur bat plus vite qu'avant au repos	Oui	Non

29. Mon coeur bat plus vite qu'avant à l'effort	Oui	Non
30. Je suis souvent mal fichu	Oui	Non
31. Je me fatigue plus facilement	Oui	Non
32. J'ai souvent des troubles digestifs	Oui	Non
33. J'ai envie de rester au lit	Oui	Non
34. J'ai moins confiance en moi	Oui	Non
35. Je me blesse facilement	Oui	Non
36. J'ai plus de mal à rassembler mes idées	Oui	Non
37. J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	Oui	Non
38. Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	Oui	Non
39. J'ai perdu de la force, du punch	Oui	Non
40. J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	Oui	Non
41. Je dors plus	Oui	Non
42. Je tousse plus souvent	Oui	Non
43. Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	Oui	Non
44. Je prends moins de plaisir à mes loisirs	Oui	Non
45. Je m'irrite plus facilement	Oui	Non
46. J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	Oui	Non
47. Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	Oui	Non
48. Les séances sportives me paraissent trop difficiles	Oui	Non
49. C'est ma faute si je réussis moins bien	Oui	Non
50. J'ai les jambes lourdes	Oui	Non
51. J'égare plus facilement les objets (clefs, etc.)	Oui	Non
52. Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	Oui	Non
53. Je maigris	Oui	Non
54. Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	Oui	Non

Ce questionnaire est validé mais ne remplacera jamais l'évaluation clinique d'un professionnel. Vous pouvez montrer ce questionnaire à votre médecin ou votre psychologue.

Sous échelles : Fatigue / Physiologie / Psychologie

Score :

