QUESTIONNAIRE REPRISE POST CONFINEMENT

FFHANDBALL

Nom : **Prénom:** **Date :**
Température :

Depuis le confinement puis le déconfinement :

Avez-vous consulté un médecin ? oui ☐ non ☐
Avez-vous bénéficié d'une téléconsultation avec un médecin ? oui ☐ non ☐
Avez-vous déclaré une blessure ou une maladie (sans rapport avec le Covid-19) ? oui ☐ non ☐

Pendant le confinement ou depuis le début du déconfinement, avez-vous présenté les signes suivants :

	Oui	Non	Survenue brutale ?	Date apparition	Durée en jours
Fièvre (+/- frissons, sueurs)	☐	☐			
Toux	☐	☐			
Difficulté à respirer	☐	☐			
Douleur ou gêne thoracique	☐	☐			
Douleurs musculaires inexpliquées	☐	☐			
Fatigue intense	☐	☐			
Maux de tête inhabituels	☐	☐			
Perte de l'odorat	☐	☐			
Perte du goût	☐	☐			
Maux de gorge	☐	☐			
Troubles digestifs associés (diarrhée)	☐	☐			
Eruption cutanée	☐	☐			
Engelures (orteil ou doigt violacé)	☐	☐			

Avez-vous été dépisté oui ☐ non ☐
Si oui : date et résultat du test positif ☐ négatif ☐

Depuis le début du confinement puis du déconfinement, y a-t-il eu dans votre entourage proche :

Des personnes malades du Covid-19 ou suspectes de Covid-19 oui ☐ non ☐

Avez-vous pris +de 5kg pendant le confinement ? oui ☐ non ☐

Avez-vous limité votre activité physique à moins de 2 fois par semaine depuis mars ? oui ☐ non ☐

Avez-vous ressenti au cours des efforts physiques :

Une difficulté à faire un exercice facile pour vous habituellement ? oui ☐ non ☐
Vous essoufflez-vous plus vite ? oui ☐ non ☐
Avez-vous plus de courbatures qu'avant ? oui ☐ non ☐
Votre fréquence cardiaque au repos est-elle plus rapide qu'avant ? oui ☐ non ☐
Avez-vous ressenti des palpitations ? oui ☐ non ☐

Comment vous sentez-vous d'un point de vue général sur une échelle de 1 à 10 ?
(0 = méforme totale et 10 = forme excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis le déconfinement :

Ressentez-vous des appréhensions à la reprise sportive ? oui ☐ non ☐
Ressentez-vous du stress ou de l'anxiété avec le déconfinement (sur une échelle de 1 à 10) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Avez-vous eu des troubles du sommeil ? oui ☐ non ☐

Maintenant :

Souhaitez-vous une aide ou un soutien psychologique pour la reprise, si vous avez des questions ou des appréhensions personnelles ou en rapport avec la motivation ou la performance ? oui ☐ non ☐

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL
1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 94046 CRÉTEIL Cedex | T. +33 (0)1 56 70 72 72 F. +33 (0)1 56 70 73 00 | ffhb@ffhandball.net www.ffhandball.fr
Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z