

# QUESTIONNAIRE REPRISE POST CONFINEMENT



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 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net  
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ffhandball.fr

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z