

## Groupe virtuel d'exercice sur Zoom

### Formulaire de consentement éclairé et d'exonération de responsabilité

Je, le (la) soussigné(e), accepte par la présente de participer à une séance d'exercices virtuelle sur Zoom, offerte par le Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE). Une ou un promoteur santé animera la séance d'exercices virtuelle et un autre promoteur santé coanimera en offrant le soutien nécessaire en ligne.

Je comprends que l'on me donnera des conseils sur l'activité physique, les exercices et d'autres sujets liés à un mode de vie sain.

Je comprends que les promoteurs santé travaillent avec des bénévoles qui peuvent également me fournir un soutien pendant les séances.

Je comprends que je dois assister à une séance d'orientation avant de participer à la séance d'exercices virtuelle sur Zoom et je m'engage à respecter les recommandations suivantes :

- J'ai confirmé auprès du personnel du programme l'emplacement où je suivrai la séance d'exercices virtuelle (adresse, numéro d'appartement et de téléphone, nom d'une personne-contact ainsi que son numéro de téléphone);
- Je peux participer à la séance seulement si mon appareil électronique dispose d'une caméra permettant au personnel du CSCE de m'observer à tout moment pendant l'exécution des exercices. Cela permet au personnel du CSCE de s'assurer que j'effectue les exercices en toute sécurité et de réagir de manière appropriée en cas d'urgence;
- Ma personne à contacter en cas d'urgence est informée que je participe au programme d'exercices virtuel en ligne et le personnel du CSCE dispose de ses coordonnées les plus récentes;
- J'informerai le personnel du CSCE si je dois cesser la séance avant son terme;
- Je disposerai d'un téléphone à proximité de moi en cas d'urgence;
- J'utiliserai une chaise robuste (sans roulettes);
- Je porterai des chaussures appropriées;
- Je disposerai d'une bouteille (verre) d'eau à proximité de moi afin de demeurer hydraté(e);
- J'aurai un espace sans encombrement afin de pouvoir bien exécuter les exercices et éviter les chutes.

Je comprends que l'utilisation du logiciel virtuel a des limites par rapport à une rencontre en personne, comme l'incapacité de bien voir le positionnement des participants lors d'exécutions d'exercices.

Je comprends que je peux poser des questions ou demander des explications ou informations supplémentaires au sujet des procédures à n'importe quel moment avant, pendant et après la séance d'exercices virtuelle.

Je comprends que je suis responsable de mon bien-être, que je peux réduire le nombre de répétitions ou m'en abstenir et que je peux à tout moment cesser de participer à la séance d'exercices virtuelle supervisée, après en avoir avisé les promoteurs santé responsables de la séance.

Je comprends que le programme d'exercices comporte des risques, notamment, sans s'y limiter, les suivants : étourdissements passagers, rythme cardiaque ou tension artérielle anormaux, malaise pulmonaire, crampes aux jambes, nausées, perte de conscience; et j'accepte consciemment et volontairement d'assumer ces risques.

Je comprends qu'il est de mon devoir d'informer immédiatement les promoteurs santé au programme si

je ressens quelconques douleurs, inconfort, fatigue, difficultés respiratoires ou malaise thoracique, aux épaules, à la mâchoire, au dos ou au cou, ou tout autre symptôme pendant ou après la séance d'exercices virtuelle.

Je conviens que si je ressens à tout moment des symptômes de détresse, des sensations physiques anormales (douleurs à la poitrine, difficultés respiratoires), ou si je crois être victime d'un accident vasculaire cérébral ou d'une crise cardiaque, d'immédiatement appeler le 911 et/ou d'en informer le personnel du CSCE dirigeant la séance en ligne et/ou d'autoriser ce dernier à contacter le 911 en mon nom. Je comprends que le personnel du CSCE peut décider d'appeler le 911 s'il perçoit que je suis en situation de détresse ou de danger.

Je comprends que si je semble indisposé(e), le personnel du CSCE tentera de me joindre par téléphone et, si nécessaire, peut contacter directement le 911 en mon nom et prévenir ma personne à contacter en cas d'urgence.

J'ai consciemment passé un examen de santé préalable (p. ex., « Menez une vie plus active » et/ou consentement de mon médecin), selon lequel j'ai été déclaré(e) apte à participer à la séance d'exercices virtuelle sur Zoom dans le but de faire davantage d'activité physique.

Je comprends que l'exercice physique est recommandé dans la vie de tous les jours et il a été démontré qu'il présente de nombreux avantages, notamment l'amélioration de la capacité physique et la gestion de conditions médicales telles que l'ostéoporose, le diabète, l'hypertension et les maladies cardiaques. La participation au programme peut m'aider à évaluer mon style de vie et à choisir les activités que je peux mener en toute sécurité. Dans l'ensemble, les avantages d'un exercice régulier approprié l'emportent largement sur les risques mentionnés ci-dessus.

J'accepte de participer à la séance d'exercices virtuelle sur Zoom à mes propres risques et j'assume volontairement et de plein gré tous les risques de blessure, de maladie ou de décès pouvant en découler.

Je reconnais avoir lu attentivement ce FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET D'EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ du GROUPE VIRTUEL D'EXERCICE SUR ZOOM et je comprends parfaitement qu'il s'agit d'une exonération de responsabilité. J'accepte de libérer les promoteurs santé, le Centre de santé communautaire de l'Estrie et tous ses administrateurs, dirigeants, employés et agents de toute plainte, réclamation, demande ou cause d'action, et j'accepte de renoncer à tout droit éventuel d'intenter une action en justice contre tout employé du CSCE. Je comprends que si je dépose une plainte, une réclamation, une demande ou une procédure de quelque nature que ce soit en rapport avec ma participation à la séance d'exercices virtuelle sur Zoom, la présente décharge et exonération de responsabilité peut être invoquée à titre d'obstacle absolu à de telles procédures.

Je déclare avoir lu et compris le présent document et en accepter les dispositions.

**Prénom et nom :** \_\_\_\_\_

**Courriel :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_



Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe attribué à la naissance :  Homme  Femme  Je préfère ne pas répondre

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville et province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone – Résidence : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Cochez votre numéro préféré :

Courriel : \_\_\_\_\_  J'autorise le CSCE à communiquer avec moi par courriel.

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Langue de service préférée :  Français  Anglais  
(jour / mois / année)

N° de carte santé OHIP : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Nom du/de la conjoint(e) : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
(autre que résidence)

*ou dans le cas d'un enfant mineur*

Nom des parents : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
(ou tuteurs) (autre que résidence)

\_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
(autre que résidence)

Personne à joindre en cas d'urgence (*autre que conjoint(e) ou parents/tuteurs dans le cas d'un enfant mineur*) :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

INFORMATION SUR LA SANTÉ DU CLIENT

Avez-vous présentement un médecin de famille?  Oui  Non

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Lieu de pratique : \_\_\_\_\_

Problèmes de santé incluant conditions chroniques, chirurgies, hospitalisations passées ou autres – s.v.p. spécifiez :

Médicaments que vous prenez (incluant vitamines et produits naturels) :

S.v.p. joindre la liste de vos médicaments produite par votre pharmacie.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour / mois / année)

Le CSCE offre la possibilité de communications électroniques, incluant des rencontres par vidéo sécurisée et certaines communications par courriel comme les rappels de rendez-vous. Veuillez lire et signer le formulaire de consentement pour les communications électroniques si vous souhaitez que nous communiquions avec vous avec ces méthodes.

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Langue de service préférée :  Français  Anglais  
(jour / mois / année)

Ces informations sont compilées pour que le Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE) prenne des décisions informées concernant les programmes et services de santé offerts dans notre communauté et dans notre région. Le CSCE n'utilise les renseignements personnels qu'aux fins décrites. Il ne vend pas, n'échange pas et ne divulgue aucun renseignement personnel obtenu dans le cadre de l'offre des services et programmes. Le CSCE a des politiques conformes avec la législation en vigueur pour protéger les informations confidentielles.

**Quelle est votre IDENTITÉ SEXUELLE?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Homme                 | <input type="checkbox"/> Femme                      | <input type="checkbox"/> Intersexué                |
| <input type="checkbox"/> Trans - femme à homme | <input type="checkbox"/> Trans - homme à femme      | <input type="checkbox"/> Bispirituel               |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas        | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

**Quelle est votre ORIENTATION SEXUELLE?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bisexuel(le)   | <input type="checkbox"/> Homosexuel                 | <input type="checkbox"/> Hétérosexuel(le)          |
| <input type="checkbox"/> Lesbienne      | <input type="checkbox"/> Allosexuel(le)             | <input type="checkbox"/> Bispirituel               |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

**Quel est le NIVEAU DE SCOLARITÉ le plus élevé que vous ayez obtenu?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trop jeune              | <input type="checkbox"/> Primaire (1 <sup>re</sup> à 8 <sup>e</sup> année) | <input type="checkbox"/> Secondaire ou équivalent  |
| <input type="checkbox"/> Collège                 | <input type="checkbox"/> Université (baccalauréat)                         | <input type="checkbox"/> Études postuniversitaires |
| <input type="checkbox"/> Sans éducation formelle | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas                                    | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

**Quel est le REVENU ANNUEL TOTAL DE VOTRE MÉNAGE?**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0 - 14 999 \$         | <input type="checkbox"/> 30 000 \$ - 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> 90 000 \$ - 119 999 \$  | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas             |
| <input type="checkbox"/> 15 000 \$ - 19 999 \$ | <input type="checkbox"/> 35 000 \$ - 39 999 \$ | <input type="checkbox"/> 120 000 \$ - 149 999 \$ | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> 20 000 \$ - 24 999 \$ | <input type="checkbox"/> 40 000 \$ - 59 999 \$ | <input type="checkbox"/> Plus de 150 000 \$      |   |
| <input type="checkbox"/> 25 000 \$ - 29 999 \$ | <input type="checkbox"/> 60 000 \$ - 89 999 \$ |  |   |

Combien de personnes sont soutenues par ce revenu? \_\_\_\_\_

**Quelle est la COMPOSITION DE VOTRE MÉNAGE?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Couple avec enfant(s)                  | <input type="checkbox"/> Famille étendue           | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas             |
| <input type="checkbox"/> Couple sans enfant                     | <input type="checkbox"/> Colocataire non apparenté | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Membre unique                          | <input type="checkbox"/> Frères/sœurs              | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____  |
| <input type="checkbox"/> Grands-parents avec petit(s)-enfant(s) | <input type="checkbox"/> Famille monoparentale     |   |

**Quel est votre STATUT D'ITINÉRANCE?**

- |  |   |                                 |  |
|--|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pas itinérant | <input type="checkbox"/> Itinérant/sans adresse | <input type="checkbox"/> Refuge | <input type="checkbox"/> Autre abri temporaire |
|--|---|---------------------------------|--|

**Quelle est votre LANGUE MATERNELLE?**

- |                                   |                                  |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Français | <input type="checkbox"/> Anglais | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|

Si autre, dans laquelle des deux langues officielles êtes-vous le plus à l'aise :  Français  Anglais

### Quel est votre **GROUPE RACIAL OU ETHNIQUE**?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanc - Amérique du Nord | <input type="checkbox"/> Asiatique - de l'Est    | <input type="checkbox"/> Moyen-oriental             |
| <input type="checkbox"/> Blanc - Europe           | <input type="checkbox"/> Asiatique - du Sud      | <input type="checkbox"/> Origines mixtes            |
| <input type="checkbox"/> Premières Nations        | <input type="checkbox"/> Asiatique - du Sud-Est  | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas             |
| <input type="checkbox"/> Autochtone               | <input type="checkbox"/> Noir - Afrique          | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Inuit                    | <input type="checkbox"/> Noir - Caraïbes         | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____  |
| <input type="checkbox"/> Métis                    | <input type="checkbox"/> Noir - Amérique du Nord |   |
| <input type="checkbox"/> Latino-Américain         | <input type="checkbox"/> Indien - Caraïbes       |   |

Quel est votre pays d'origine? \_\_\_\_\_

Date/année d'arrivée au Canada (s'il y a lieu)? \_\_\_\_\_

### Quelle est votre **RELIGION**?

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Catholique         | <input type="checkbox"/> Juif       | <input type="checkbox"/> Religions orientales        |
| <input type="checkbox"/> Protestant         | <input type="checkbox"/> Bouddhiste | <input type="checkbox"/> Sans affiliation religieuse |
| <input type="checkbox"/> Chrétien orthodoxe | <input type="checkbox"/> Mennonite  | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas              |
| <input type="checkbox"/> Chrétien           | <input type="checkbox"/> Hindou     | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre  |
| <input type="checkbox"/> Musulman           | <input type="checkbox"/> Sikh       | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____   |

### Souffrez-vous d'une ou plusieurs de ces **CONDITIONS D'INVALIDITÉ**?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique                | <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage     | <input type="checkbox"/> Trouble mental             |
| <input type="checkbox"/> Incapacité physique              | <input type="checkbox"/> Déficience développementale | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas             |
| <input type="checkbox"/> Dépendance<br>(drogue ou alcool) | <input type="checkbox"/> Déficience sensorielle      | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
|   |  | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____  |

---

### INFORMATION CONCERNANT VOTRE BIEN-ÊTRE.

### Comment qualifiez-vous votre **SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ**?

- |                                    |                                      |   |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Très fort | <input type="checkbox"/> Faible      | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas             |
| <input type="checkbox"/> Fort      | <input type="checkbox"/> Très faible | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

### Auto-évaluation de votre **SANTÉ PHYSIQUE** :

- |                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Excellente | <input type="checkbox"/> Juste          | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Très bien  | <input type="checkbox"/> Mauvaise santé |   |
| <input type="checkbox"/> Bien       | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |   |

### Auto-évaluation de votre **SANTÉ MENTALE** :

- |                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Excellente | <input type="checkbox"/> Juste          | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Très bien  | <input type="checkbox"/> Mauvaise santé |   |
| <input type="checkbox"/> Bien       | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |   |

## Formulaire de consentement pour le partage d'information par courriel ou vidéoconférence

Le Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE) utilise divers moyens pour communiquer avec sa clientèle, dont parfois le courriel ou la vidéoconférence.

**Bien que les communications électroniques possèdent plusieurs avantages, elles comprennent certains risques que vous devez comprendre.**

Veillez lire l'information suivante. Le CSCE souhaite s'assurer que vous comprenez les risques avant de nous autoriser à garder votre adresse courriel dans nos dossiers et à communiquer avec vous de manière électronique :

- La communication par courriel ou par vidéoconférence n'est pas considérée comme privée ou sécuritaire;
- Il est possible que vos communications électroniques au travail soient surveillées;
- Le courriel est plus facile à frauder qu'une copie papier signée à la main;
- Il est impossible de vérifier l'identité réelle de l'expéditeur ou de s'assurer qu'un seul destinataire pourra lire le courriel;
- Tout courriel reçu peut potentiellement introduire un virus dans votre système informatique;
- Les courriels peuvent être transférés, interceptés, diffusés, enregistrés ou même modifiés sans que vous le sachiez;
- L'expéditeur peut envoyer un courriel à la mauvaise adresse par erreur;
- Le courriel est indélébile; il ne peut être effacé pour de bon. Même après sa suppression des copies du courriel par l'expéditeur et le destinataire, des copies de sauvegarde peuvent exister dans le système informatique ou sur Internet.

Pour minimiser certains de ces risques, les deux parties s'engagent à assumer les responsabilités suivantes :

### **Responsabilités du CSCE**

Comme organisation, le CSCE est soumis aux normes de la Loi 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Ce faisant, tout le personnel a signé et respecte la politique sur la protection des renseignements personnels (PS02) qui assure l'exactitude et le caractère confidentiel des renseignements personnels qu'il obtient dans le cadre de ses activités. Pour ce faire, des mesures sont prises pour sécuriser vos renseignements personnels.

Toutes les adresses courriel de notre clientèle sont emmagasinées dans notre plateforme de dossiers de santé électroniques sécurisée et protégée par des mots de passe. Toutes communications entre l'ensemble des systèmes électroniques utilisés au centre et le serveur du centre sont codées grâce au protocole « Secure Socket Layer » (SSL). Des pare-feu servent également à prévenir les accès non autorisés au réseau dans nos systèmes et à bloquer, avant qu'ils rejoignent notre infrastructure et les utilisateurs, les pourriels, virus et autre contenu non désiré.

### **Responsabilités du client**

Le client doit fournir une adresse courriel privée, non accessible à d'autres personnes. Il doit s'assurer que son adresse courriel est protégée par un encodage logiciel, ou sinon, il doit comprendre que les risques de violation de l'information privée augmentent. Si le client change d'adresse courriel, il doit en informer le CSCE dès que possible.

Votre santé et votre bien-être nous tiennent à cœur. Nous vous remercions de votre confiance.

**La décision de communiquer par courriel ou par vidéoconférence avec les clients reste à la discrétion de chaque professionnel du CSCE. Certains pourraient préférer ne pas partager d'information personnelle sous forme électronique ou par vidéoconférence. Ce faisant, l'entente signée aujourd'hui ne concerne que vous et le ou les professionnels mentionnés ci-dessous. Dans le cadre du Programme d'éducation sur le diabète ou d'un groupe, cette même entente pourrait autoriser plusieurs professionnels à communiquer avec vous par courriel ou par vidéoconférence.**

*Pour les personnes âgées de 16 ans et + :*

Je, \_\_\_\_\_, consens et accepte de :

Recevoir des courriels et/ou vidéoconférences du/des professionnel(s) suivant(s) :

\_\_\_\_\_ Oui  Non

Mon adresse courriel est : \_\_\_\_\_

*Pour les parents ou tuteurs (enfants âgés de 16 ans et -) ou autres gardiens légaux :*

Mon nom est : \_\_\_\_\_

Ma relation avec le/la client(e) est : \_\_\_\_\_

Au nom de, \_\_\_\_\_, je consens et accepte de :

Recevoir des courriels et/ou vidéoconférence du/des professionnel(s) suivant(s) :

\_\_\_\_\_ Oui  Non

Mon adresse courriel est : \_\_\_\_\_

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

Signature du client : \_\_\_\_\_

Signature du professionnel : \_\_\_\_\_

L'activité physique améliore la santé physique et mentale. Même en petite quantité, l'activité physique fait du bien, et plus on en fait, mieux c'est.

Pour presque tout le monde, les bienfaits de l'activité physique surpassent largement les risques. Toutefois, pour certaines personnes, il est recommandé d'obtenir les conseils d'un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ – détient un diplôme d'études postsecondaires en science de l'exercice et une certification avancée dans ce domaine – consultez [scpe.ca/certifications](http://scpe.ca/certifications)) ou d'un professionnel de la santé. Ce questionnaire s'adresse aux personnes de tous âges et a pour objectif de les aider à cheminer vers un mode de vie plus actif.

- Je réponds à ce questionnaire pour moi-même.
- Je réponds à ce questionnaire pour mon enfant/une personne à charge en tant que parent/tuteur.

 <b>OUI</b> ..... 	 <b>NON</b> ..... 	<h2 style="margin: 0;">PRÉPAREZ-VOUS À MENER UNE VIE PLUS ACTIVE</h2> <p>Les questions suivantes permettront de confirmer que vous pouvez pratiquer une activité physique en toute sécurité. Veuillez répondre <b>OUI</b> ou <b>NON</b> à chacune des questions <u>avant</u> de mener une vie plus active. Si vous ne savez pas exactement quoi répondre, choisissez <b>OUI</b>.</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><b>1</b> Avez-vous vécu <b><u>N'IMPORTE LAQUELLE</u></b> des situations suivantes (A à F) <b>au cours des six derniers mois</b>?</p> <p><b>A</b> Diagnostic ou traitement relativement à une maladie du cœur ou à un AVC, ou douleur/malaise/pression au niveau de la poitrine en pratiquant vos activités de la vie quotidienne ou une activité physique?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><b>B</b> Diagnostic ou traitement relativement à une hypertension artérielle ou à une tension artérielle au repos de 160/90 mm de Hg ou plus?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><b>C</b> Vertiges ou étourdissements durant l'activité physique?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><b>D</b> Essoufflement au repos?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><b>E</b> Perte de conscience/évanouissement pour quelque raison que ce soit?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><b>F</b> Commotion?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><b>2</b> Présentez-vous actuellement de la douleur ou une enflure à n'importe quelle partie de votre corps (p. ex. blessure, poussée aiguë d'arthrite ou douleur au dos) qui nuit à votre capacité de mener une vie active?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><b>3</b> Un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé d'éviter ou de modifier certains types d'activité physique?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p><b>4</b> Avez-vous tout autre problème médical ou physique (p. ex. diabète, cancer, ostéoporose, asthme, lésion médullaire) qui pourrait nuire à votre capacité de mener une vie active?</p>
..... ➔ <b>NON</b> à toutes les questions : allez à la page 2 – ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL ..... ➔		
<b>OUI</b> à au moins une question : allez au document de référence – CONSEILS SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À AU MOINS UNE QUESTION ..... ➔➔		

## ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL

Répondez aux questions suivantes pour évaluer votre niveau d'activité physique actuel.

- 1 Au cours d'une semaine typique, combien de jours pratiquez-vous une activité physique aérobie d'intensité moyenne à élevée (p. ex. marche rapide, cyclisme ou jogging)?  JOURS/SEMAINE
  - 2 Les journées où vous faites de l'activité physique aérobie d'intensité au moins moyenne (par exemple marche rapide), pendant combien de minutes pratiquez-vous cette activité?  MINUTES/JOUR
- Si vous êtes un adulte, multipliez le nombre moyen de jours par semaine par le nombre moyen de minutes par jour.  MINUTES/SEMAINE

Les *Directives canadiennes en matière d'activité physique* recommandent la pratique d'au moins 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité moyenne à élevée chez les adultes. Pour les enfants et les jeunes, on recommande au moins 60 minutes par jour. Il est également recommandé de pratiquer des activités pour renforcer les muscles et les os au moins deux fois par semaine pour les adultes, et trois fois par semaine pour les enfants et les jeunes (voir [scpe.ca/directives](http://scpe.ca/directives)).



## CONSEILS GÉNÉRAUX POUR MENER UNE VIE PLUS ACTIVE

Augmentez graduellement votre niveau d'activité physique afin que votre expérience demeure positive. Intégrez des activités physiques qui vous plaisent à votre journée (p. ex. marcher avec un ami ou une amie, se rendre au travail ou à l'école à vélo) et réduisez vos comportements sédentaires (p. ex. périodes prolongées passées en position assise).

Si vous voulez pratiquer une **activité physique d'intensité élevée** (p. ex. une activité physique à une intensité à laquelle il est difficile de maintenir une conversation) et que vous n'atteignez pas les recommandations minimales en matière d'activité physique mentionnées ci-dessus, consultez un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) avant de vous y mettre. Cela permettra de confirmer que votre activité physique est sécuritaire et convient à votre situation.

L'activité physique est aussi une partie importante d'une grossesse en santé.



Attendez avant de mener une vie plus active si vous ne vous sentez pas bien en raison d'une maladie temporaire.

## DÉCLARATION

Au meilleur de mes connaissances, tous les renseignements que j'ai fournis dans ce questionnaire sont exacts.  
Si des changements surviennent à mon état de santé, je remplirai le questionnaire à nouveau.

J'ai répondu **NON** à toutes les questions de la page 1

J'ai répondu **OUI** à au moins une question de la page 1

Signez et datez la déclaration ci-dessous

Cochez la case ci-dessous qui s'applique à vous :

- J'ai consulté un professionnel de la santé ou un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) qui m'a recommandé de mener une vie plus active.
- Je suis à l'aise à l'idée de mener une vie plus active sans consulter un professionnel de la santé ou un PEQ.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom (en caractères d'imprimerie) + nom du parent/tuteur, le cas échéant	Signature (ou signature du parent/tuteur, le cas échéant)	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date	Courriel (optionnel)	Téléphone (optionnel)

**Avec de la planification et du soutien, vous pouvez profiter des bienfaits d'une vie plus active. Un PEQ peut vous aider.**

- Cochez cette case si vous souhaitez consulter un PEQ afin de mener une vie plus active.  
(Vos réponses à ce questionnaire aideront le PEQ à apprendre à vous connaître et à comprendre vos besoins.)

Utilisez ce document de référence si vous avez répondu **OUI** à au moins une question et que vous n'avez pas consulté de professionnel de la santé ou de professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) au sujet de votre désir de mener une vie plus active.

## 1 Avez-vous vécu N'IMPORTE LAQUELLE des situations suivantes (A à F) au cours des six derniers mois?

**A** Diagnostic ou traitement relativement à une maladie du cœur ou à un AVC, ou douleur/malaise/pression au niveau de la poitrine en pratiquant vos activités de la vie quotidienne ou une activité physique

**OUI**

L'activité physique sera probablement bénéfique. Si vous avez reçu des traitements pour une maladie du cœur, mais n'avez pas suivi de programme de réadaptation cardiaque au cours des six derniers mois, consultez un médecin – un programme de réadaptation cardiaque supervisé est fortement recommandé. Si vous reprenez l'activité physique après plus de six mois d'inactivité, commencez doucement avec une activité physique d'intensité légère à moyenne. Si vous ressentez une douleur/un malaise/une pression au niveau de la poitrine et que cette sensation est nouvelle pour vous, consultez un médecin. Décrivez vos symptômes et les activités qui les déclenchent.

**B** Diagnostic ou traitement relativement à une hypertension artérielle ou à une tension artérielle au repos de 160/90 mm de Hg ou plus

**OUI**

L'activité physique sera probablement bénéfique si vous avez reçu un diagnostic d'hypertension artérielle et un traitement pour cette condition. Si vous ne connaissez pas exactement votre tension artérielle au repos, consultez un professionnel de la santé ou un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) pour la faire mesurer. Si vous prenez des médicaments pour votre tension artérielle et que celle-ci est bien maîtrisée, l'activité physique régulière est recommandée et pourrait vous aider à diminuer votre tension artérielle. Votre médecin devrait être au courant de votre niveau d'activité physique afin d'ajuster vos médicaments. Si votre tension artérielle est de 160/90 ou plus, vous devriez obtenir une autorisation médicale et consulter un PEQ pour obtenir des conseils sur la pratique sécuritaire et adéquate d'une activité physique.

**C** Vertiges ou étourdissements durant l'activité physique

**OUI**

Vous pouvez ressentir ces sensations pour différentes raisons et plusieurs d'entre elles ne sont pas préoccupantes. Avant de mener une vie plus active, consultez un professionnel de la santé pour en trouver la cause et réduire les risques. D'ici là, évitez d'augmenter l'intensité de votre activité physique.

**D** Essoufflement au repos

**OUI**

Si vous faites de l'asthme et que celui-ci est soulagé par la prise de médicaments, vous pouvez pratiquer une activité physique d'intensité légère à moyenne en toute sécurité. Si votre essoufflement n'est pas soulagé par la médication, consultez votre médecin.

**E** Perte de conscience/ évanouissement pour quelque raison que ce soit

**OUI**

Avant de mener une vie plus active, consultez un médecin pour en trouver la cause et réduire les risques. Lorsque vous aurez obtenu votre autorisation médicale, consultez un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) pour obtenir des conseils sur les types d'activité physique qui vous conviennent.

**F** Commotion

**OUI**

Une commotion est une blessure au cerveau qui guérit avec le temps. Si vous augmentez votre niveau d'activité physique alors que vous ressentez toujours des symptômes de votre commotion, vous pourriez aggraver ces derniers, prolonger votre rétablissement et augmenter votre risque de subir une autre commotion. Un professionnel de la santé vous indiquera lorsque vous serez prêt à mener une vie plus active; et un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) pourra vous aider dans ce processus.

Après avoir lu le **CONSEIL** correspondant à la question à laquelle vous avez répondu **OUI**, allez à la page 2 du *Questionnaire Menez une vie plus active* – ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL

Utilisez ce document de référence si vous avez répondu **OUI** à au moins une question et que vous n'avez pas consulté de professionnel de la santé ou de professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) au sujet de votre désir de mener une vie plus active.

**2 Présentez-vous actuellement de la douleur ou une enflure à n'importe quelle partie de votre corps (p. ex. blessure, poussée aiguë d'arthrite ou douleur au dos) qui nuit à votre capacité de mener une vie active?**  **OUI**

Si l'enflure ou la douleur est nouvelle, consultez un professionnel de la santé. Autrement, gardez vos articulations en santé et réduisez la douleur en bougeant vos articulations lentement et doucement dans toute l'amplitude de mouvement qui ne cause pas de douleur. Si vous avez une douleur à la hanche, au genou ou à la cheville, optez pour des activités à faible impact comme la natation ou le cyclisme. À mesure que la douleur diminue, reprenez graduellement vos activités physiques normales en commençant à un niveau plus bas qu'avant l'apparition de la douleur. Faites un suivi avec un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) pour vous aider à mener une vie plus active et à prévenir ou à réduire la douleur.

**3 Un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé d'éviter ou de modifier certains types d'activité physique?**  **OUI**

Écoutez les conseils de votre professionnel de la santé. Un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) vous posera des questions au sujet de toutes considérations et vous conseillera des activités physiques sécuritaires pour vous qui tiennent compte de votre mode de vie et des conseils de votre professionnel de la santé.

**4 Avez-vous tout autre problème médical ou physique (p. ex. diabète, cancer, ostéoporose, asthme, lésion médullaire) qui pourrait nuire à votre capacité de mener une vie active?**  **OUI**

Certaines personnes aux prises avec un problème médical ou physique peuvent craindre que la pratique d'une activité physique ne soit pas sécuritaire. En réalité, la pratique régulière d'une activité physique peut aider à la prise en charge et à l'amélioration de plusieurs problèmes de santé et réduire les risques de complications. Un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) peut vous conseiller des activités physiques sécuritaires pour vous qui tiennent compte de vos antécédents médicaux et de votre style de vie.

Après avoir lu le **CONSEIL** correspondant à la question à laquelle vous avez répondu **OUI**, allez à la page 2 du Questionnaire Menez une vie plus active– **ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL**

## VOUS SOUHAITEZ OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES POUR MENER UNE VIE PLUS ACTIVE?

▶ [scpe.ca/certifications](https://scpe.ca/certifications)

Les membres certifiés SCPE peuvent vous aider à atteindre vos objectifs en matière d'activité physique.

▶ [scpe.ca/directives](https://scpe.ca/directives)

Directives canadiennes en matière d'activité physique pour tous les âges.