

## Questionnaire Facteurs de Risque – Évaluation Client

### Informations Générales

Coach		Date :	___ / ___ / _____
Nom		Prénom	
Date de naissance	___ / ___ / _____	Profession	_____
Téléphone	_____	Email :	_____

### Évaluation des Facteurs de Risque

Section	Question	Réponses à cocher
Nutrition	À quelle fréquence consommez-vous des repas préparés ou de la restauration rapide par semaine ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1–2 fois <input type="checkbox"/> 3–4 fois <input type="checkbox"/> 5 fois ou plus
Nutrition	Consommez-vous des fruits et légumes tous les jours ?	<input type="checkbox"/> Oui, plusieurs portions <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Nutrition	Buvez-vous au moins 1,5 à 2 litres d'eau par jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Non
Nutrition	Prenez-vous régulièrement votre petit-déjeuner ?	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Nutrition	Avez-vous tendance à grignoter entre les repas ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Très souvent
Nutrition	Consommez-vous fréquemment des boissons sucrées ou alcoolisées ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Quotidiennement
Nutrition	Suivez-vous actuellement un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, précisez : _____)

Physique	Faites-vous au moins 150 minutes d'activité physique modérée par semaine ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Non
Physique	Avez-vous des douleurs articulaires ou musculaires récurrentes ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> Quotidiennement
Physique	Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, occasionnellement <input type="checkbox"/> Oui, quotidiennement
Physique	Avez-vous déjà eu un diagnostic de maladie cardiovasculaire, hypertension, diabète ou cholestérol élevé ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, antécédent familial <input type="checkbox"/> Oui, personnellement
Physique	À quand remonte votre dernier bilan médical complet ?	<input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> 1–3 ans <input type="checkbox"/> Plus de 3 ans <input type="checkbox"/> Jamais
Physique	Avez-vous déjà subi une blessure ou une opération affectant votre mobilité ou vos performances physiques ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) : <hr/>
Physique	Votre poids a-t-il varié de plus de 5 kg au cours des 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, perte de poids <input type="checkbox"/> Oui, prise de poids
Stress / Mental	Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous votre niveau de stress actuel ?	<input type="checkbox"/> 1–3 Faible <input type="checkbox"/> 4–6 Modéré <input type="checkbox"/> 7–8 Élevé <input type="checkbox"/> 9–10 Très élevé
Stress / Mental	Combien d'heures dormez-vous en moyenne par nuit ?	<input type="checkbox"/> Moins de 5h <input type="checkbox"/> 5–6h <input type="checkbox"/> 7– 8h <input type="checkbox"/> Plus de 8h
Stress / Mental	Vous réveillez-vous souvent fatigué(e) ou sans énergie ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours

Stress / Mental	Vous sentez-vous souvent tendu(e), irrité(e) ou anxieux(se) sans raison particulière ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Très souvent
Stress / Mental	Avez-vous du mal à concilier vie professionnelle et personnelle ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Oui, souvent
Stress / Mental	Pratiquez-vous une activité relaxante (méditation, lecture, marche, respiration, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Oui, régulièrement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Stress / Mental	Avez-vous l'impression de bien gérer la pression quotidienne et les imprévus ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Pas du tout

### Interprétation du Score

Score total	Niveau de risque	Interprétation
0 – 14 pts	Faible risque	Client en bonne santé générale
15 – 28 pts	Risque modéré	Quelques ajustements nécessaires
29 – 42 pts	Risque élevé	Suivi recommandé avant entraînement intensif
43 – 63 pts	Risque critique	Consultation médicale avant toute activité physique

Score final du client : \_\_\_\_\_ / 63 points