

X-AAP

ÉVALUATION MÉDICALE DE L'APTITUDE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Le X-AAP est un questionnaire spécifique à l'activité physique utilisé par le médecin dont le patient a répondu "OUI" à au moins une des questions du Q-AAP. De plus, la Fiche de Recommandation d'Activité Physique intégrée au X-AAP peut être utilisée par le médecin traitant pour autoriser la pratique d'activités physiques ou pour diriger le patient vers un programme d'activité sous surveillance médicale.

L'activité physique pratiquée d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable. Le Questionnaire sur l'Aptitude à l'Activité Physique (Q-AAP) permet d'identifier la majorité de personnes à risque. Les personnes ayant répondu «OUI» à une ou plusieurs questions, devront cependant subir un examen médical pour vérifier la présence de risques associées à la pratique d'activités physiques ou pour mieux orienter la prescriptions de l'activité physique.

Suite à l'évaluation de l'état de santé du participant par un médecin, un programme d'activité physique sera élaboré en collaboration avec des professionnels(elles) de l'activité physique (Conseiller en condition physique et habitudes de vie-Niveau 2 ou des kinésithérapeutes de la SCPE). Pour y arriver, veuillez suivre les instructions suivantes.

PAGE 1: • Les sections A,B,C, et D devraient être remplies par le participant AVANT de se soumettre à l'examen médical. La partie en-dessous est réservée à l'usage du médecin traitant.

PAGE 2 & 3: • Cette page contient une liste de conditions médicales requérant certaines précautions ou conseils spéciaux.

PAGE 4: • Conseils sur l'activité physique et la vie active pour ceux qui ne nécessitent pas de conseil ou d'attention particulière.
• Fiche de Recommandation d'Activité Physique: cette portion détachable peut être utilisée par le médecin traitant pour autoriser la pratique d'activité physique ou pour diriger le patient vers un programme d'activité sous surveillance médicale.

Cette section doit être complétée par le participant

A

INFORMATION PERSONNELLE:

NOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

DATE DE NAISSANCE _____ SEXE _____

No.ASS.MALADIE _____

B

Q-AAP:

Prière d'indiquer les questions auxquelles vous avez répondu positivement «OUI»

- ☐ Q 1 Trouble cardiaque
- ☐ Q 2 Douleur à la poitrine à l'effort
- ☐ Q 3 Douleur à la poitrine au repos
- ☐ Q 4 Perte d'équilibre, étourdissement
- ☐ Q 5 Troubles osseux ou articulaires
- ☐ Q 6 Tension artérielle ou médication cardiaque
- ☐ Q 7 Autres raisons :

C

FACTEURS DE RISQUE DE LA MALADIE CORONARIENNE:

Cochez les situations qui s'appliquent à votre état

- ☐ Moins de 30 minutes d'activité physique la plupart des jours de la semaine.
- ☐ Fumeur (Fume la cigarette au moins 1 fois par jour).
- ☐ Hypertension artérielle rapportée par votre médecin après mesures répétées.
- ☐ Hyperlipidémie rapportée par votre médecin.
- ☐ Accumulation de masse adipeuse autour de la taille.
- ☐ Antécédents familiaux de maladies coronariennes.

Veuillez noter que plusieurs de ces facteurs de risques sont évolutifs. S'il vous plaît, référer à la page 4 et en discuter avec votre médecin.

D

INTÉRÊTS FACE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE:

Dans quel type d'activités physiques désirez-vous vous engager?

Cette section doit être complétée par le médecin traitant

Examen physique:

Taille	Kg	Tension artérielle	
		i)	/
		ii)	/

Conditions pouvant limiter la pratique d'activité physique:

- ☐ Cardio-vasculaire
- ☐ Respiratoire
- ☐ Autre
- ☐ Musculo-squelettique
- ☐ Abdominale

Examen(s) indiqué(s):

- ☐ ECG
- ☐ Épreuve d'effort
- ☐ Rayons-X
- ☐ Analyses sanguines
- ☐ Analyse d'urine
- ☐ Autre

Fiche de Recommandation d'Activité Physique:

D'après l'examen médical, je recommande:

- ☐ Aucune activité physique
- ☐ Activité physique progressive
- ☐ Seul un programme d'activité physique avec l'obtention d'une autorisation définitive

☐ en évitant: _____

☐ incluant: _____

☐ sous la supervision d'un Conseiller en condition physique et habitudes de vie-Niveau 2 ou des kinésithérapeutes de la SCPE

- ☐ Sans aucune restriction — début léger avec augmentation progressive

Plus amples informations:

- ☐ ci-jointes
- ☐ à venir
- ☐ disponibles sur demande

Ci dessous apparaît une liste de conditions médicales requérant certaines précautions ou conseils. Celles-ci s'appliquent à ceux qui ont répondu positivement à une des 7 questions du Q-AAP et pour les gens de 69 ans et plus. Les conditions sont groupées par système. Il y a trois catégories de recommandations. Les observations figurant sous Conseils sont d'ordre général puisque les détails et les choix requièrent un jugement clinique individualisé.

	Contre-indications absolues	Contre-indications relatives	Conditions spéciales de recommandation	CONSEILS
	Restriction permanente ou temporaire jusqu'à ce que l'état soit traité, stabilisé ou ait passé la phase aiguë.	Très variable. La valeur de l'épreuve d'effort ou du programme d'exercices pourrait excéder le risque. L'exercice peut être contre-indiqué. Contrôle maximal de l'état est souhaitable. Il est bon que le médecin supervise directement ou indirectement le programme	Des conseils de nature personnalisée sont généralement appropriés: <ul style="list-style-type: none">• restrictions imposées; et/ou• exercices spéciaux prescrits. Un contrôle médical ou une supervision médicale initiale, ou les deux, au cours du programme d'exercices, peuvent être nécessaires.	
Cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> anévrisme aortique (disséquant) <input type="checkbox"/> sténose aortique (grave) <input type="checkbox"/> défaillance cardiaque <input type="checkbox"/> angine accélérée <input type="checkbox"/> infarctus du myocarde (aigü) <input type="checkbox"/> myocardite (active ou récente) <input type="checkbox"/> embolie pulmonaire ou généralisée - aigüe <input type="checkbox"/> thrombophlébite <input type="checkbox"/> tachycardie ventriculaire et autres dysrythmies dangereuses (par ex.: activité ventriculaire multifocale)	<input type="checkbox"/> sténose aortique (modérée) <input type="checkbox"/> sténose sousaortique (grave) <input type="checkbox"/> hypertrophie cardiaque marquée <input type="checkbox"/> dysrythmies supraventriculaires (non contrôlées ou très rapides) <input type="checkbox"/> activité ectopique ventriculaire (répétitive ou fréquente) <input type="checkbox"/> anévrisme ventriculaire <input type="checkbox"/> hypertension grave non-traitée ou non-contrôlée (généralisée ou pulmonaire) <input type="checkbox"/> cardiomyopathie hypertrophique <input type="checkbox"/> insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> sténose aortique (ou pulmonaire) —ou angine de poitrine et autres manifestations d'insuffisance coronaire (par ex.: Infarctus en voie de guérison) <input type="checkbox"/> cardiopathie cyanogène <input type="checkbox"/> communication intracardiaque (intermittentes ou fixes) <input type="checkbox"/> troubles de la conduction <ul style="list-style-type: none"> • bloc A-V complet • bloc de branche gauche • syndrome de Wolff-Parkinson-White <input type="checkbox"/> dysrythmies contrôlées <input type="checkbox"/> stimulateurs cardiaques à rythme fixe <input type="checkbox"/> claudication intermittente <input type="checkbox"/> hypertension: systolique 160-180; diastolique 105+	<ul style="list-style-type: none"> • une épreuve d'effort peut être justifiée dans certains cas, pour la détermination particulière de la capacité fonctionnelle, de certaines restrictions et précautions (s'il y a lieu). • progression lente des exercices à des niveaux basés sur l'épreuve initiale et sur la tolérance individuelle. • tenir compte du besoin particulier de chaque individu pour un programme de conditionnement initial, sous supervision médicale (indirecte ou directe).
Infections	<input type="checkbox"/> maladie infectieuse aigüe (indépendamment de l'étiologie)	<input type="checkbox"/> maladie infectieuses subaigüe/ chronique / périodique (par ex: malaria, ou autres)	<input type="checkbox"/> Infections chroniques <input type="checkbox"/> VIH	variable selon l'état
Métabolisme		<input type="checkbox"/> troubles métaboliques non-contrôlés (diabète, hypothyroïdie, myoedème)	<input type="checkbox"/> insuffisance rénale, hépatique ou autre insuffisance chronique <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/> rein unique	variable selon l'état modération sur le plan alimentaire et exercices initiaux légers avec progression lente (marche, natation, cyclisme)
Grossesse		<input type="checkbox"/> grossesse compliquée (par ex: toxémie, hémorragie, malformation du col de l'utérus, etc.)	<input type="checkbox"/> grossesse avancée (fin du troisième trimestre)	vous référer au «X-AAP pour femmes enceintes»

Références:

Arraix, G.A., Wigle, D.T., Mao, Y. (1992). Risk Assessment of Physical Activity and Physical Fitness in the Canada Health Survey Follow-Up Study. *J. Clin. Epidemiol.* 45:4 419-428.

Mottola, M., Wolfe, L.A. (1994). Active Living and Pregnancy, In: A. Quinney, L. Gauvin, T. Wall (eds.), **Toward Active Living: Proceedings of the International Conference on Physical Activity, Fitness and Health**. Champaign, IL: Human Kinetics.

PAR-Q Validation Report, British Columbia Ministry of Health, 1978.

Thomas, S., Reading, J., Shephard, R.J. (1992). Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). *Can. J. Spt. Sci.* 17:4 338-345.

Q-AAP et X-AAP ont été développés par le ministère de la santé de la Colombie-Britannique. Ils ont été révisés par les membres d'un Comité consultatif d'experts de la Société canadienne de physiologie de l'exercice sous la direction du Dr N. Gledhill (2002).

Toute modification est interdite. Nous vous encourageons à copier le X-AAP dans sa totalité

Available in English under the title: "Physical Activity Readiness Medical Examination (PARmed-X)"

	Conditions spéciales de recommandations	CONSEILS
Poumons	<input type="checkbox"/> troubles pulmonaires chroniques	exercices spéciaux de détente et de respiration
	<input type="checkbox"/> affection pulmonaire obstructive <input type="checkbox"/> asthme	contrôle de la respiration pendant les exercices d'endurance jusqu'au niveau voulu; éviter l'air pollué
	<input type="checkbox"/> bronchospasmes provoqués par l'exercice	éviter l'hyperventilation durant les exercices; éviter les températures très froides; s'échauffer adéquatement; utilisation de médicaments appropriés
Musculo-squelettique	<input type="checkbox"/> affections lombaires (pathologiques, fonctionnelles)	éviter ou minimiser les exercices pouvant accentuer le problème (par ex.: flexion et extension forcées extrêmes, torsion violente, etc.); corriger la posture; faire des exercices convenables pour le dos
	<input type="checkbox"/> arthrite - aigüe (infectieuse, rhumatoïde; goutte)	traitements en plus d'une combinaison judicieuse de repos, de port d'orthèses et de mouvements modérés
	<input type="checkbox"/> arthrite - subaigüe	augmentation graduelle de thérapie par l'exercice actif
	<input type="checkbox"/> arthrite - chronique (ostéoarthrite et conditions sus-mentionnées)	maintien de la mobilité et de la force; exercices d'endurances pour minimiser le traumatisme articulaire (par ex.: cyclisme et natation, etc.)
	<input type="checkbox"/> orthopédique	très variable et spécifique à chaque individu
	<input type="checkbox"/> hernie	minimiser les faux mouvements et les exercices isométriques; renforcer les muscles abdominaux
	<input type="checkbox"/> ostéoporosis ou faible densité osseuse	éviter les exercices avec un risque élevé de fracture comme les extensions de bras, les redressements assis, le saut vertical et la flexion du tronc
SNC (Système nerveux central)	<input type="checkbox"/> trouble convulsif non-totalement contrôlé par des médicaments	minimiser les exercices dans des environnements dangereux ou en solitaire (par ex.: la natation, l'alpinisme, etc.)
	<input type="checkbox"/> commotion cérébrale récente	examen complet après une deuxième commotion; suggérer l'abandon des sports de contact après une troisième commotion, dépendamment de la durée de l'inconscience, de l'amnésie rétrograde, de maux de tête persistents et autres évidences objectives de dommage cérébral
Sang	<input type="checkbox"/> anémie - grave (< 10 g/100 mL Hémoglobine)	contrôle préférable; exercices selon la tolérance
	<input type="checkbox"/> perturbation des électrolytes	
Médicaments	<input type="checkbox"/> antiangineux <input type="checkbox"/> antiarythmiques <input type="checkbox"/> antihypertenseurs <input type="checkbox"/> anticonvulsivants <input type="checkbox"/> bêta-bloqueurs <input type="checkbox"/> préparations de digitale <input type="checkbox"/> diurétiques <input type="checkbox"/> ganglioplégiques <input type="checkbox"/> autres	NOTE: tenir compte de tous les états sous-jacents. Possibilité de: syncope due à l'effort, désordre électrolytique, bradycardie, dysrythmie, coordination et délai de réaction altérés, intolérance à la chaleur. Ils peuvent modifier l'ECG au repos et celui de l'épreuve d'effort ainsi que le rendement durant ces épreuves.
Autres	<input type="checkbox"/> syncope après exercice	programme modéré
	<input type="checkbox"/> intolérance à la chaleur	prolonger la phase de récupération par des activités légères; éviter les exercices dans un environnement de chaleur extrême
	<input type="checkbox"/> maladie bénigne, temporaire	repousser le programme jusqu'à la guérison
	<input type="checkbox"/> cancer	s'il y a existence possible de métastases osseuses, suggérer des exercices sans support de la masse corporelle; exercices à des intensités minimales (40%-65% de la fréquence cardiaque, selon l'état actuel et des plus récents traitements (radiothérapie, chimiothérapie); vérifier l'hémoglobine et le compte de lymphocytes; ajouter des séances de lever de charge afin de renforcer les muscles en utilisant des appareils plutôt que des haltères

*Se référer à des publications spécialisées pour plus de détails

Les formulaires complémentaires suivants sont disponibles sur l'internet à l'adresse: <http://www.csep.ca/foms>

Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q-AAP), un questionnaire pour les gens de 15 à 69 ans à compléter par ceux qui veulent faire plus d'activité physique.

L'Évaluation médicale de l'aptitude à l'activité physique pour la grossesse (X-AAP pour femmes enceintes). Formulaire conçu pour le médecin dont les patientes enceintes veulent faire de l'activité physique.

Pour plus d'informations, veuillez contacter la: Société canadienne de physiologie de l'exercice

370 - 18 Louisa St

Ottawa (Ontario) K1R 6Y6 CANADA

Tél.: 1-877-651-3755 Téléc.: (613) 234-3565

Courriel: info@csep.ca Site web: www.csep.ca

Note aux professionnels de l'activité physique...

Par prudence, il est conseillé de conserver une copie de la «Fiche de Recommandation d'Activité Physique» dans le dossier du participant.



© Société canadienne de physiologie de l'exercice www.csep.ca/forms

Continuer à la page 4...



Fiche de Recommandation d'Activité Physique

D'après l'examen médical de _____, je recommande:

- ☐ Aucune activité physique
- ☐ Seul un programme d'activité physique avec l'obtention d'une autorisation définitive
- ☐ Activité physique progressive
 - ☐ en évitant: _____
 - ☐ incluant: _____
 - ☐ sous la supervision d'un Conseiller en condition physique et habitudes de vie-Niveau 2 ou des kinésithérapeutes de la SCPE
- ☐ Sans aucune restriction — début léger avec augmentation progressive

Plus amples informations:

- ☐ ci-jointes
- ☐ à venir
- ☐ disponibles sur demande

Médecin/clinique:

N.B. – Cette autorisation de faire de l'activité physique est valide pour une période maximale de six mois à compter du moment où le questionnaire est rempli. Elle n'est plus valide si votre état de santé se détériore.

_____ M.D.

_____ 20_____
(date)