



Pre-bout Medical Questionnaire for Female Boxers

Date:	Location:	
Questions for Coach	Coach Name:	
	Coach NCCP ID:	
Have you noticed any changes in your boxer regarding the following?		
1 Attention or concentration:	Yes	No
2 Memory	Yes	No
3 Speech	Yes	No
4 Behavior	Yes	No
5 Sparring (quickness)	Yes	No
Coach Signature:		
Questions for Boxer	Boxer Name:	
1 Headaches	Yes	No
2 Dizziness	Yes	No
3 Nausea or vomiting	Yes	No
4 Double or blurred vision	Yes	No
5 Do you have body piercing?	Yes	No
6 Have you taken any medication within the last 90 days	Yes	No
If yes what kind? _____		
7 Are you pregnant?	Yes	No
8 Did you do a pregnancy test?	Yes	No
9 Have you noticed any menstrual abnormality recently such as an absent menses, irregular menses, abnormal vaginal bleeding with or without pain / tenderness not consistent with your normal cycle or pattern?	Yes	No
10 What was the date of your last period/menses?	Date: _____	
11 Are you on any methods of contraception?	Yes	No
12 Have you noticed any breast mass, bleeding or other breast issues?	Yes	No
13 Have you had breast augmentation implants or tissue transfer	Yes	No
If you think you may be infected with Hepatitis or HIV you should not box. If you do not understand any question please inform the doctor.		
Boxer Signature:		
Doctor Sign-off	Doctor's Name	
	Doctor's License	
	Doctor's Signature	



Questionnaire médical préalable au combat pour les boxeuses

Date:	Emplacement:
Questions pour l'entraîneur	Nom du coach : Identifiant PNCE de l'entraîneur :
Avez-vous remarqué des changements chez votre boxer concernant les points suivants ?	
1 Attention ou concentration	Oui Non
2 Mémoire	Oui Non
3 Discours	Oui Non
4 Comportement	Oui Non
5 Sparring (rapidité)	Oui Non
Signature de l'entraîneur :	
Questions pour Boxeuse	Nom du boxeuse :
1 Maux de tête	Oui Non
2 Vertiges	Oui Non
3 Nausées ou vomissements	Oui Non
4 Vision double ou floue	Oui Non
5 Avez-vous des piercings ?	Oui Non
6 Avez-vous pris des médicaments au cours des 90 derniers jours ?	Oui Non
Si oui, de quel type ? _____	
7 Êtes-vous enceinte ?	Oui Non
8 As-tu fait un test de grossesse ?	Oui Non
9 Avez-vous remarqué récemment des anomalies menstruelles telles qu'une absence de règles, des règles irrégulières, des saignements vaginaux anormaux accompagnés ou non de douleurs/sensibilité qui ne correspondent pas à votre cycle ou à votre rythme habituel ?	Oui Non
10 Quelle était la date de vos dernières règles ? Date: _____	
11 Utilisez-vous un moyen de contraception ?	Oui Non
12 Avez-vous remarqué une masse mammaire, des saignements ou d'autres problèmes au niveau des seins ?	Oui Non
13 Avez-vous déjà subi une augmentation mammaire par implants ou par transfert de tissu ?	Oui Non
Si vous pensez être infecté par l'hépatite ou le VIH, vous ne devez pas pratiquer la boxe. Si vous ne comprenez pas une question, veuillez en informer le médecin.	
Signature du boxeuse :	
Signature du médecin	Nom du médecin
	Licence de médecin
	Signature du médecin