



Pre-bout Medical Questionnaire for Male 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? _____	
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 boxeurs masculins

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 Boxer	Nom du boxer :		
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 ? _____			
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 boxer :	
Signature du médecin	Nom du médecin		
	Licence de médecin		
	Signature du médecin		