

QUESTIONNAIRE DE SECURITE DU BLOOD FLOW RESTRICTION

	QUESTION	REPONSE	DECISION	RISQUE	
1	Avez-vous des problèmes ou des antécédents familiaux de troubles de la coagulation ? (ex : lupus, hémophilie, plaquettes hautes)	OUI	PAS BFR	ABSOLUE	
		NON	OK		
2	Avez-vous une hypertension > 140 mmHg	OUI	PAS BFR		
		NON	OK		
3	Avez-vous des antécédents de thrombose veine profonde (phlébite) ou d'embolie pulmonaire ?	OUI	PAS BFR		
		NON	OK		
4	Avez-vous déjà eu un AVC ? (hémorragique ou ischémique)	OUI	PAS BFR		
		NON	OK		
5	Fumez-vous ?	OUI	AVIS MEDICAL		RELATIF
		NON	OK		
6	Prenez-vous des médicaments ? (pilule contraceptive comprise)	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
7	Avez-vous eu des blessures de vos veines ou artères ?	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
8	Avez-vous des antécédents sur vos nerfs ? (problèmes de dos et de cervicales compris)	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
9	Avez-vous du diabète ?	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
10	Avez-vous du diabète dans la famille ?	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
11	Avez-vous de l'hypertension entre 120 et 140 mmHg ?	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
12	Avez-vous du matériel métallique dans le corps ?	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
13	Avez-vous une douleur à l'aîne ou au mollet non diagnostiquée ?	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
14	Souffrez-vous ou avez-vous des antécédents de syndrome des loges ?	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
15	Avez-vous eu une chirurgie dans les 4 dernières semaines ?	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
16	Avez-vous effectué un voyage de plus de 4 heures ou un vol en avion dans les 7 derniers jours ?	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		
17	Avez-vous eu d'autres pathologies incluant les synovites ?	OUI	AVIS MEDICAL		
		NON	OK		

