

### Questionnaire sur l'état de santé pour la plongée sous-marine de loisir.

La plongée requière une bonne santé physique et mentale. Certaines conditions médicales peuvent être dangereuses pour la plongée sous-marine, qui sont énumérées ci-dessous. Les personnes atteintes ou prédisposées à l'une de ces affections doivent être examinées par un médecin. Ce questionnaire à l'intention des médecins de plongée permet de déterminer si une telle évaluation s'impose. Si vous avez des inquiétudes concernant votre aptitude à la plongée et qu'elles ne figurent pas sur ce formulaire, consultez votre médecin avant de plonger. Les références à la "plongée sous-marine" dans ce formulaire couvrent à la fois la plongée sous-marine de loisir et l'apnée. Ce formulaire est conçu principalement comme un examen médical initial pour les nouveaux plongeurs, mais il est également approprié pour les plongeurs qui suivent une formation continue. Pour votre sécurité et celle des autres personnes susceptibles de plonger avec vous, répondez honnêtement à toutes les questions.

#### INSTRUCTIONS

Remplir ce questionnaire est une condition préalable à la formation à l'apnée ou à la plongée sous-marine.

Note aux femmes : si vous êtes enceinte ou si vous essayez de le devenir, **ne plongez pas**.

1. J'ai eu des problèmes pulmonaires ou respiratoires, cardiaques ou sanguins.	Oui <input type="checkbox"/> Aller au tableau A	Non <input type="checkbox"/>
2. J'ai plus de 45 ans	Oui <input type="checkbox"/> Aller au tableau B	Non <input type="checkbox"/>
3. Il m'est difficile de pratiquer un exercice physique modéré (par exemple, marcher 1,6 kilomètre en 12 minutes ou nager 200 mètres sans se reposer). 200 mètres sans se reposer), ou je n'ai pas pu participer à une activité physique normale pour des raisons de santé ou de condition physique au cours des 12 derniers mois. Je n'ai pas pu participer à une activité physique normale pour des raisons de condition physique ou de santé au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
4. J'ai eu des problèmes avec mes yeux, mes oreilles, mes voies nasales ou mes sinus.	Oui <input type="checkbox"/> Aller au tableau C	Non <input type="checkbox"/>
5. J'ai subi une intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois ou j'ai des problèmes persistants liés à une intervention antérieure, chirurgie antérieure.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
6. J'ai perdu connaissance, j'ai eu une migraine, une crise d'épilepsie, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien important ou j'ai souffert d'un traumatisme ou d'une maladie neurologique. J'ai subi un traumatisme crânien important ou souffert d'une lésion ou d'une maladie neurologique persistante ou d'une maladie neurologique persistante.	Oui <input type="checkbox"/> Aller au tableau D	Non <input type="checkbox"/>
7. J'ai eu des problèmes psychologiques, on m'a diagnostiqué un trouble de l'apprentissage, un trouble de la personnalité, des crises de panique ou une dépendance à la drogue ou à l'alcool. On m'a diagnostiqué un trouble de la personnalité, des crises de panique ou une dépendance à la drogue ou à l'alcool.	Oui <input type="checkbox"/> Aller au tableau E	Non <input type="checkbox"/>
8. J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète.	Oui <input type="checkbox"/> Aller au tableau F	Non <input type="checkbox"/>
9. J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente.	Oui <input type="checkbox"/> Aller au tableau G	Non <input type="checkbox"/>
10. Je prends des médicaments sur ordonnance (à l'exception des contraceptifs et des antipaludéens).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>

#### Signature du participant

Si vous avez répondu **NON** aux 10 questions ci-dessus, une évaluation médicale n'est pas nécessaire. Veuillez lire et accepter la déclaration du participant ci-dessous avec la date et la signature.

**Déclaration du participant** : J'ai répondu honnêtement à toutes les questions et je comprends que j'accepte la responsabilité de toute conséquence résultant de ce qui suit. Je comprends que j'accepte la responsabilité de toute conséquence résultant de toute question à laquelle j'aurais répondu de manière inexacte ou de mon omission de divulguer tout état de santé existant ou passé. Je comprends que j'accepte la responsabilité de toute conséquence résultant de toute question à laquelle j'aurais répondu de manière inexacte ou de mon omission de divulguer tout état de santé existant ou passé.

Date (dd/mm/aaaa)

Signature du participant (ou, s'il s'agit d'un mineur, la signature du parent/tuteur du participant est requise).

Nom du participant :

Date de naissance :

Nom de l'instructeur :

Date de naissance :

\* Si vous avez répondu OUI aux questions 3, 5 ou 10 ci-dessus ou à l'une des questions de la page 2, veuillez lire et accepter la déclaration datée et signée ci-dessus et remettre le formulaire d'évaluation du médecin à votre médecin pour examen. Veuillez lire et accepter la déclaration ci-dessus datée et signée, et remettre le formulaire d'évaluation du médecin à votre médecin pour qu'il procède à une évaluation médicale. La participation à un programme de formation à la plongée nécessite l'évaluation et l'approbation de votre médecin.

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Rapport médical du plongeur | Questionnaire du participant (confidentiel)

Tableau A : J'ai/j'avais		
Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie des valves cardiaques, pose d'endoprothèses ou pneumothorax (affaissement du poumon). Pneumothorax (affaissement du poumon).	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Asthme, respiration sifflante, allergies graves, rhume des foins ou congestion des voies respiratoires au cours des 12 derniers mois, une limitation de l'activité physique ou de l'exercice	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Un problème ou une maladie touchant mon cœur, tel que : angine de poitrine, douleur thoracique à l'effort, insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire, cardiomyopathie ou accident vasculaire cérébral. Je souffre de douleurs thoraciques à l'effort, d'insuffisance cardiaque, d'œdème pulmonaire, de cardiomyopathie ou d'accident vasculaire cérébral, ou je prends des médicaments pour une affection cardiaque. Je prends des médicaments pour une affection cardiaque quelconque.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bronchite récurrente et toux persistante au cours des 12 derniers mois, ou emphysème diagnostiqué.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tableau B : J'ai plus de 45 ans et :		
Je fume actuellement ou j'inhalé de la nicotine par d'autres moyens.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'ai un taux de cholestérol élevé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'ai une pression artérielle élevée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'ai eu un parent (du 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>ème</sup> degré de consanguinité) qui est décédé d'une mort subite ou d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 50 ans, ou j'ai des antécédents familiaux de maladie cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral avant l'âge de 50 ans. J'ai des antécédents familiaux de maladie cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral avant l'âge de 50 ans, ou j'ai des antécédents familiaux de maladie cardiaque avant l'âge de 50 ans (y compris des anomalies du rythme cardiaque, des maladies coronariennes, des maladies des artères coronaires, des insuffisances cardiaques, des troubles du rythme cardiaque). une maladie cardiaque avant l'âge de 50 ans (y compris des anomalies du rythme cardiaque, une maladie coronarienne ou une cardiomyopathie), ou cardiomyopathie)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tableau C : J'ai/j'avais		
Chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladies de l'oreille ou chirurgie de l'oreille, perte d'audition ou troubles de l'équilibre.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tableau D : J'ai/j'avais		
Traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des lésions ou des maladies neurologiques persistantes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois ou prise de médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Evanouissement ou perte de conscience totale/partielle au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Epilepsie, crises d'épilepsie ou convulsions, ou je prends des médicaments pour les prévenir	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tableau E : j'ai/j'avais		
Problèmes de santé comportementale, mentale ou psychologique nécessitant un traitement médical ou psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dépression majeure, tendances suicidaires, attaques de panique, trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement psychiatrique, traitement psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
On m'a diagnostiqué un trouble mental ou un trouble de l'apprentissage ou du développement qui nécessite des soins continus. Ces troubles nécessitent des soins continus.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Toxicomanie ou alcoolisme ayant nécessité un traitement au cours des 5 dernières années	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tableau F : j'ai/j'avais		
Problèmes de dos récurrents au cours des six derniers mois, limitant mon activité quotidienne.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète, contrôlé par l'insuline ou par le régime, ou diabète saisonnier au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ulcères actifs ou non traités, plaies problématiques ou chirurgie de l'ulcère au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tableau G- J'ai		
Je suis opéré(e) d'une stomie et je ne suis pas médicalement autorisé(e) à nager ou à participer à des activités physiques.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Déshydratation ayant nécessité une intervention médicale au cours des 7 derniers jours.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ulcères de l'estomac ou de l'intestin actifs ou non traités, ou chirurgie de l'ulcère au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Rapport médical du plongeur** | Formulaire d'évaluation du médecin

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(Majuscule) Date (dd/mm/aaaa)

La personne susmentionnée sollicite votre avis sur son aptitude médicale à participer à la formation ou à l'activité de plongée.

Résultat de l'évaluation

 **Adapté - Je ne trouve pas de conditions que je considère comme incompatibles avec la plongée.** **Inadapté - Je rencontre des conditions que je considère comme incompatibles avec la plongée.**

Signature du Médecin

Date (dd/mm/aaaa)

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_  
(Majuscule)

Centre médical/ Hôpital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Cachet du médecin ou de l'hôpital (facultatif)