



APTITUDE MEDICALE DECLARATION DU CANDIDAT



UNDERSEA &
HYPERBARIC
MEDICAL SOCIETY



(Informations confidentielles)

Prière de lire attentivement avant de signer.

Ceci est une déclaration vous informant des risques potentiels inhérents à la pratique de la plongée en scaphandre et de la conduite à tenir pendant votre formation de plongée. Votre signature sur ce formulaire est nécessaire pour valider votre participation au programme de plongée proposé par:

Nom de l'instructeur _____

Nom du centre de plongée _____ situé à (ville/pays) _____

Veuillez lire ce formulaire avant de le signer. Vous devez compléter ce formulaire d'Examen Médical, y compris le questionnaire sur les antécédents médicaux, pour vous inscrire au programme de formation de plongée. Si vous êtes mineur, la signature des parents ou tuteurs est obligatoire.

La plongée est un sport captivant, physiquement éprouvant. Lorsqu'elle est réalisée correctement et en utilisant les techniques appropriées, la plongée est un sport relativement sûr. La plongée peut comporter des risques supplémentaires si les procédures de sécurité établies ne sont pas respectées. Pour pratiquer la plongée en sécurité, vous être en bonne condition physique et ne pas avoir de surcharge pondérale. La plongée peut, dans certaines circonstances, demander des

efforts importants. Vos systèmes respiratoire et circulatoire doivent être sains. Vos espaces aériques doivent être normaux et sains. Une personne souffrant de maladie coronarienne, d'épilepsie, d'un rhume ou de congestion, de problèmes médicaux sérieux, ou qui est sous l'influence de l'alcool ou de la drogue ne doit pas plonger. Si vous avez de l'asthme, des troubles cardiaques ou autres maladies chroniques ou si vous prenez régulièrement des médicaments, vous devez consulter votre médecin et votre Instructeur avant de participer à ce programme. Consultez-les également de façon régulière par la suite. Votre instructeur vous apprendra également les règles importantes de sécurité relatives à la respiration et à la compensation des espaces aériques pendant la plongée. Une utilisation inadéquate d'un équipement de plongée en scaphandre peut occasionner des blessures graves. Vous devez donc avoir suivi une formation complète sous la supervision d'un instructeur pour pouvoir utiliser un tel équipement de manière correcte et sûre.

Si vous avez d'autres questions concernant cette Déclaration Médicale ou le Questionnaire des antécédents médicaux, veuillez en discuter avec votre instructeur avant de signer.

Questionnaire d'antécédents médicaux

Pour le plongeur: Le but de ce Questionnaire Médical est de déterminer s'il est nécessaire de consulter un médecin avant de participer à une formation de plongée loisir. Une réponse positive à une question ne signifie pas nécessairement une inaptitude à la pratique de la plongée. Une réponse positive à l'une ou plusieurs des questions ci-dessous indique l'existence d'une condition pouvant affecter votre sécurité pendant la pratique de la plongée et que l'avis du médecin est requis avant de participer aux activités de plongée.

- _____ Etes-vous enceinte ou prévoyez-vous de l'être?
- _____ Etes-vous actuellement sous traitement médical? (exceptés contraceptifs et traitement pour la malaria).
- _____ Etes-vous âgé de plus de 45 ans et pouvez-vous répondre OUI à l'un ou plusieurs des points suivants?
 - Vous fumez régulièrement pipe, cigares ou cigarettes
 - Vous avez un taux élevé de cholestérol
 - Vous avez des antécédents familiaux de problèmes cardiaques ou infarctus
 - Vous êtes actuellement sous traitement médical
 - Vous avez une tension artérielle élevée
 - Vous avez du diabète, même si contrôlé uniquement par un régime

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de...

- _____ asthme, respiration difficile lors d'exercices ou non?
- _____ crises fréquentes ou importantes de rhume des foins ou d'allergies?
- _____ rhumes, sinusites ou bronchites fréquents ?
- _____ problèmes pulmonaires?
- _____ pneumothorax?
- _____ autre maladie ou intervention chirurgicale de la cage thoracique?
- _____ claustrophobie ou agoraphobie, problèmes mentaux ou psychologiques (crises de paniques, peur des espaces clos ou du vide)?
- _____ épilepsie, convulsions ou prise de médicaments en prévention?
- _____ migraines sévères chroniques à répétition ou prise de médicaments en prévention?
- _____ coma, syncope (perte de connaissance complète ou partielle)?

- _____ souffrez-vous régulièrement de mal des transports (voiture, mal de mer, etc.)?
- _____ dysenterie ou déshydratation exigeant une intervention médicale
- _____ accident de plongée ou maladie de décompression?
- _____ incapacité à réaliser des exercices modérés (exemple: promenade de 1,6 Km/1Mile en 12 min)?
- _____ blessure à la tête avec perte de connaissance durant les 5 dernières années?
- _____ problèmes dorsaux fréquents ?
- _____ intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale?
- _____ diabète?
- _____ problèmes suite à une opération chirurgicale, blessure ou fracture du dos, bras, jambes?
- _____ hypertension ou prise de médicaments en prévention?
- _____ problèmes cardiaques?
- _____ crise cardiaque ou infarctus du myocarde?
- _____ angine de poitrine / intervention chirurgicale du cœur ou des vaisseaux sanguins?
- _____ interventions chirurgicales des sinus?
- _____ interventions chirurgicales ou maladies des oreilles?
- _____ perte d'équilibre, surdité ou problèmes d'oreilles?
- _____ problèmes d'oreilles fréquents?
- _____ hémorragies ou troubles sanguins?
- _____ hernies?
- _____ ulcères ou opération d'ulcères?
- _____ colostomie ou iléon-stomie?
- _____ prise de drogue ou traitement pour drogue ou abus d'alcool durant les cinq dernières années?

Les informations fournies sur mes antécédents médicaux sont, à ma connaissance, exactes. Je reconnais admettre ma responsabilité pour tout manquement à déclarer mon état de santé passé ou présent.

Signature

Date

Signature des parents ou tuteurs si nécessaire

Date



EXAMEN MEDICAL

CANDIDAT

Ecrire s.v.p. lisiblement.

Prénom/Nom _____ Date de Naissance _____
(Jour/Mois/An)

Adresse _____

Ville _____

Pays _____ Code Postal _____

Téléphone priv. _____ Téléphone prof. _____

E-mail _____ FAX _____

Nom et adresse de votre médecin traitant ou de famille

Prénom/Nom _____ Clinique / Hôpital _____

Adresse _____

Date de votre dernier examen médical _____

Nom du médecin traitant _____ Clinique / Hôpital _____

Adresse _____

Téléphone _____ E-mail _____

Avez-vous déjà fait un test médical pour la plongée? ☐ OUI ☐ NON Si oui, quand? _____

MEDECIN

Cette personne s'est inscrite ou désire suivre une activité de plongée en scaphandre autonome (plongée à l'air comprimé).
Votre avis est requis pour déterminer des aptitudes physiques du candidat pour cette activité.

Impression du médecin

☐ Je ne trouve aucun défaut que je puisse considérer comme incompatible avec la plongée.

☐ Je ne peux délivrer de certificat d'aptitude à cette personne.

Notes _____

Signature du médecin _____ Date _____
(Jour/Mois/An)

Nom du médecin _____ Clinique / Hôpital _____

Adresse _____

Téléphone _____ E-mail _____