



Nom _____ Prénom _____ M.I. _____ Rue _____
 Date de naissance _____ Ville _____ Pays/Etat _____ Code postal _____ Téléphone domicile _____

DÉCLARATION MÉDICALE

DOSSIER PATIENT - INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Merci de lire attentivement avant de signer.

Ce document est une déclaration vous informant des risques potentiels liés à la plongée en apnée et à la plongée en scaphandre, et relative à la conduite que vous devez adopter pendant votre programme de formation à l'apnée et/ou à la plongée en scaphandre. Vous devez signer cette déclaration pour participer au programme de formation à l'apnée et/ou de plongée en scaphandre proposé par :

(Instructeur) _____ et (Centre de Plongée) _____ Ville _____ Etat/pays _____

Veillez lire et discuter de cette déclaration avant de la signer. Vous devez remplir cette déclaration médicale, qui comprend le questionnaire médicale, avant de vous inscrire pour le programme de formation à l'apnée et/ou à la plongée en scaphandre. Si vous êtes mineur, vous devez faire signer cette déclaration par un parent.

La plongée est une activité passionnante et exigeante. Lorsqu'elle est pratiquée correctement, en utilisant des techniques appropriées, elle est très sûre. Mais si les procédures de sécurité reconnues ne sont pas respectées, il existe certains dangers.

Pour pratiquer en toute sécurité la plongée en

apnée et/ou la plongée en scaphandre, vous ne devez ni être en surpoids important, ni être à cours de condition physique. La plongée peut être fatigante dans certaines conditions. Vos systèmes respiratoire et circulatoire doivent être en bonne santé. Toutes les cavités aériennes de votre corps doivent être normales et saines. Une personne souffrant de troubles cardiaques, d'un rhume ou d'une congestion, ayant des crises d'épilepsie, d'asthme, présentant un problème médical grave, ou sous influence de l'alcool ou de drogues, ne doit pas plonger. Si vous prenez des médicaments, consultez votre médecin et votre Instructeur avant de participer à ce programme. Vous devrez

également apprendre, de votre Instructeur, les règles de sécurité importantes concernant la respiration et la compensation pendant l'apnée et/ou la plongée en scaphandre. Une utilisation inadaptée du matériel de plongée en apnée et/ou de plongée en scaphandre peut provoquer des accidents graves. Pour utiliser ce matériel en toute sécurité, vous devez être correctement formé à son utilisation sous la supervision directe d'un Instructeur qualifié.

Si vous avez d'autres questions concernant cette déclaration médicale ou concernant le questionnaire médicale, posez ces questions à votre Instructeur avant de signer.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

POUR LE PARTICIPANT :

L'objectif de ce questionnaire médical est de déterminer si vous devez être examiné par un médecin avant de participer à votre programme de formation à la plongée en apnée et/ou à la plongée en scaphandre récréative. Une réponse positive à une question ne vous interdit pas nécessairement la plongée. Une réponse positive signifie qu'il existe une condition préexistante qui peut affecter votre sécurité en plongée et que vous devez demander l'avis d'un médecin.

Répondez aux questions suivantes concernant vos antécédents médicaux, ou votre état médical actuel, par OUI ou par NON. Si vous n'êtes pas sûr, répondez OUI. Si l'un de ces éléments s'applique à vous, nous vous demandons de consulter un médecin avant de participer à votre programme d'apnée et/ou de plongée en scaphandre. Votre Instructeur vous donnera des conseils et vous fournira un questionnaire médicale à remettre au médecin pour votre visite médicale de non contre-indication à la plongée en apnée et/ou à la plongée en scaphandre.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pensez-vous être enceinte, ou essayez-vous de le devenir ? | <input type="checkbox"/> Avez-vous plus de 45 ans et pouvez répondre OUI à une ou plusieurs des questions suivantes ? | <input type="checkbox"/> il y a des antécédents de crise cardiaque, ou d'accident vasculaire cérébral, dans ma famille |
| <input type="checkbox"/> Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance ? (à l'exception de la contraception et des médicaments antipaludéen) | <input type="checkbox"/> je fume actuellement la pipe, des cigares ou des cigarettes | <input type="checkbox"/> je reçois actuellement des soins médicaux |
| | <input type="checkbox"/> j'ai un taux de cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> j'ai de l'hypertension |
| | | <input type="checkbox"/> j'ai du diabète (même s'il est contrôlé par un régime alimentaire) |

AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS ACTUELLEMENT DES AFFECTIONS SUIVANTES ...

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme, respiration bruyante, respiration sifflante ou difficile pendant de l'exercice ? | <input type="checkbox"/> Mal des transports fréquent ou sévère (mal de mer, en voiture, etc) ? | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque ? |
| <input type="checkbox"/> Crises fréquentes ou sévères de rhume des foies ou d'allergie ? | <input type="checkbox"/> Dysenterie ou déshydratation nécessitant une intervention médicale ? | <input type="checkbox"/> Attaque cardiaque ? |
| <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents, sinusite ou bronchite ? | <input type="checkbox"/> Tout accident de plongée ou accident de décompression ? | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine, chirurgie cardiaque ou vasculaire ? |
| <input type="checkbox"/> Toute forme de maladie pulmonaire ? | <input type="checkbox"/> Incapacité à effectuer un exercice modéré (exemple: marcher 1,6 km/1 mile en 12 minutes) ? | <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale des sinus ? |
| <input type="checkbox"/> Pneumothorax (affaïssement d'un/des poumon(s)) ? | <input type="checkbox"/> Blessure à la tête avec perte de connaissance dans les cinq dernières années ? | <input type="checkbox"/> Maladie ou intervention chirurgicale de l'oreille, perte d'audition ou problèmes d'équilibre ? |
| <input type="checkbox"/> Autre maladie thoracique ou intervention chirurgicale thoracique ? | <input type="checkbox"/> Problèmes de dos récurrents ? | <input type="checkbox"/> Problèmes d'oreille récurrents ? |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de santé comportementale, problèmes mentaux ou psychologiques (crises de panique, angoisse, claustrophobie, agoraphobie) ? | <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale ? | <input type="checkbox"/> Hémorragies ou autres troubles sanguins ? |
| <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie, attaques, convulsions ou prise de médicaments préventifs ? | <input type="checkbox"/> Diabète ? | <input type="checkbox"/> Hernie ? |
| <input type="checkbox"/> Crises de migraines ou maux de tête récurrents, ou prise de médicaments préventifs ? | <input type="checkbox"/> Problèmes de dos, de bras ou de jambe suite à une intervention chirurgicale, une blessure ou une fracture ? | <input type="checkbox"/> Ulcères ou intervention chirurgicale sur ulcères ? |
| <input type="checkbox"/> Syncopes ou évanouissements (perte de connaissance totale ou partielle) ? | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle ou prise de médicaments pour contrôler la tension ? | <input type="checkbox"/> Colostomie ou une iléostomie ? |
| | | <input type="checkbox"/> Consommation de drogues ou traitement de désintoxication, ou alcoolisme dans les cinq dernières années ? |

Les informations que j'ai fournies sur mes antécédents médicaux, et mon état de santé actuel, sont exactes selon les connaissances en ma possession. Je prends la responsabilité des éventuelles omissions sur la divulgation de mon état de santé actuel ou passé.

Signature _____ Date (JJ/MM/AA) _____ Signature du parent ou du tuteur _____ Date (JJ/MM/AA) _____

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Nom: _____ Lien de parenté _____ Téléphone domicile _____ Téléphone professionnel _____