



Aptitude médicale – déclaration du candidat (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 cette déclaration est obligatoire pour pouvoir participer au programme de formation de plongée scaphandre. En outre, si votre état de santé change à tout moment durant un programme de plongée quelconque, il est important d'en aviser votre instructeur immédiatement.

Veillez 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 du plongeur

Pour le participant :

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.

Veillez s.v.p. répondre aux questions suivantes sur votre passé ou présent médical, par OUI ou par NON. Si vous n'êtes pas sûr, répondez par OUI. Si une réponse positive à l'un de ces points s'applique à vous, nous vous demandons de consulter un médecin avant de prendre part à la plongée en scaphandre. Votre instructeur vous fournira une déclaration médicale RSTC et des directives pour l'examen médical pour plongeur de loisir à remettre à votre médecin.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Etes-vous enceinte ou prévoyez-vous de l'être ? | <input type="checkbox"/> autre maladie ou intervention chirurgicale de la cage thoracique ? | <input type="checkbox"/> diabète ? |
| <input type="checkbox"/> Etes-vous actuellement sous traitement médical ? (exceptés contraceptifs et traitement pour la malaria). | <input type="checkbox"/> problèmes de santé comportementale, mentale ou psychologique (crises de paniques, peur des espaces clos ou du vide) ? | <input type="checkbox"/> problèmes suite à une opération chirurgicale, blessure ou fracture du dos, bras, jambes ? |
| <input type="checkbox"/> Etes-vous âgé de plus de 45 ans et pouvez-vous répondre OUI à l'un ou plusieurs des points suivants ? | <input type="checkbox"/> épilepsie, convulsions ou prise de médicaments en prévention ? | <input type="checkbox"/> hypertension ou prise de médicaments en prévention ? |
| <input type="checkbox"/> Vous fumez régulièrement pipe, cigares ou cigarettes | <input type="checkbox"/> migraines sévères chroniques à répétition ou prise de médicaments en prévention ? | <input type="checkbox"/> problèmes cardiaques ? |
| <input type="checkbox"/> Vous êtes actuellement sous traitement médical | <input type="checkbox"/> coma, syncope (perte de connaissance complète ou partielle) ? | <input type="checkbox"/> crise cardiaque ? |
| <input type="checkbox"/> Vous avez un taux élevé de cholestérol | <input type="checkbox"/> souffrez-vous régulièrement de mal des transports (voiture, mal de mer, etc.) ? | <input type="checkbox"/> angine de poitrine / intervention chirurgicale du coeur ou des vaisseaux sanguins ? |
| <input type="checkbox"/> Vous avez une tension artérielle élevée | <input type="checkbox"/> dysenterie ou déshydratation exigeant une intervention médicale ? | <input type="checkbox"/> interventions chirurgicales des sinus ? |
| <input type="checkbox"/> Vous avez des antécédents familiaux de problèmes cardiaques ou infarctus | <input type="checkbox"/> accident de plongée ou maladie de décompression ? | <input type="checkbox"/> interventions chirurgicales ou maladies des oreilles, perte d'équilibre, surdité ou problèmes d'oreilles ? |
| <input type="checkbox"/> Vous avez du diabète, même si contrôlé uniquement par un régime | <input type="checkbox"/> incapacité à réaliser des exercices modérés (exemple: promenade de 1,6 Km/1 mille en 12 min) ? | <input type="checkbox"/> Troubles auditifs récurrents ? |
| Souffrez-vous ou avez-vous souffert de... | <input type="checkbox"/> blessure à la tête avec perte de connaissance durant les 5 dernières années ? | <input type="checkbox"/> hémorragies ou troubles sanguins ? |
| <input type="checkbox"/> asthme, respiration difficile lors d'exercices ou non ? | <input type="checkbox"/> problèmes dorsaux fréquents ? | <input type="checkbox"/> hernies ? |
| <input type="checkbox"/> crises fréquentes ou importantes de rhume des foins ou d'allergies ? | <input type="checkbox"/> intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale ? | <input type="checkbox"/> ulcères ou opération d'ulcères ? |
| <input type="checkbox"/> rhumes, sinusites ou bronchites fréquents ? | | <input type="checkbox"/> colostomie ou iléon-stomie ? |
| <input type="checkbox"/> problèmes pulmonaires ? | | <input type="checkbox"/> prise de drogue ou traitement pour drogue ou abus d'alcool durant les cinq dernières années ? |
| <input type="checkbox"/> pneumothorax (atélectasie pulmonaire) ? | | |

Les informations fournies sur mes antécédents médicaux sont, à ma connaissance, exactes. J'affirme qu'il m'incombe d'informer mon instructeur de tout changement concernant mes antécédents médicaux à tout moment durant ma participation aux programmes de plongée. Je reconnais admettre ma responsabilité pour tout manquement à déclarer mon état de santé passé ou présent.

Signature du participant

Date (jour/mois/année)

Signature d'un parent ou tuteur (si applicable)

Date (jour/mois/année)