

Aide au formulaire - APTITUDE MÉDICALE

Afin de compléter votre inscription veuillez remplir le formulaire suivant. Prenez bien note que le formulaire doit être rempli d'une façon précise afin d'être accepté.



Apptitude médicale – déclaration du candidat (informations confidentielles)



Prière de lire attentivement avant de signer.

Ceci est une déclaration visant informant des risques potentiels inhérents à la pratique de la plongée en scaphandre et de la conduite à tenir pendant votre formation de plongeur. 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.

Veuillez lire le 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 exigeant. 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

circumstances, demander des efforts importants. Vos systèmes respiratoire et circulatoire doivent être sains. Vos espaces aériens doivent être normaux et sains. Une personne souffrant de maladie coronarienne, d'épilepsie, d'un fumeur ou de consommation de produits médicaux sévères, 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 vous faire un bilan avant de participer à ce programme. Consultez les énoncés 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 aériens 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 sous-marine. 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'un des médecins est requis avant de participer aux activités de plongée.

Si vous n'êtes pas sûr, répondez par OUI. Si une question vous demande de consulter un médecin, vous devez demander de consulter un médecin avant de prendre part à la plongée en scaphandre. Si vous n'êtes pas sûr, répondez par OUI. Si votre instructeur vous fournit une déclaration médicale, un médecin ou un directeur pour l'examen médical pour plongeur de bon à remettre à votre médecin.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous atteints ou avez-vous eu de l'asthme ? | <input type="checkbox"/> avez-vous eu une intervention chirurgicale de la cage thoracique ? | <input type="checkbox"/> diabète ? |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous actuellement sous traitement médical ? | <input type="checkbox"/> problèmes de santé comportementale, mentale ou psychologique (stress de panique, peur des espaces clos ou de mer) ? | <input type="checkbox"/> problèmes suite à une opération chirurgicale, blessure ou fracture du dos, bras, jambes ? |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous hypertendu ou avez-vous eu des crises d'hypertension ? | <input type="checkbox"/> aplasie, convulsions ou prise de médicaments en prévention ? | <input type="checkbox"/> hyperlipémie ou prise de médicaments en prévention ? |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous âgé de plus de 45 ans et avez-vous répondu OUI à l'un ou plusieurs des points suivants ? | <input type="checkbox"/> maladies cardiaques chroniques à répétition ou prise de médicaments en prévention ? | <input type="checkbox"/> problèmes cardiaques ? |
| <input type="checkbox"/> • Vous fumez régulièrement pipe, cigares ou cigarettes | <input type="checkbox"/> coma, syncope (perte de connaissance complète ou partielle) ? | <input type="checkbox"/> une cardiopathie ? |
| <input type="checkbox"/> • Vous êtes actuellement sous traitement médical | <input type="checkbox"/> souffrez-vous régulièrement de mal des transports (vol, mer, etc.) ? | <input type="checkbox"/> angor de poitrine / intervention chirurgicale du cœur ou des vaisseaux sanguins ? |
| <input type="checkbox"/> • Vous avez un taux élevé de cholestérol | <input type="checkbox"/> avez-vous eu une intervention chirurgicale des sinus ? | <input type="checkbox"/> interventions chirurgicales ou maladies des reins, perte d'équilibre, vertige ou problèmes d'oreilles ? |
| <input type="checkbox"/> • Vous avez des antécédents familiaux de problèmes cardiaques ou infarctus | <input type="checkbox"/> aptitude ou déshydratation exigent une intervention médicale ? | <input type="checkbox"/> troubles auditifs récurrents ? |
| <input type="checkbox"/> • Vous avez du diabète, même si contrôlé uniquement par un régime | <input type="checkbox"/> accident de plongée ou maladie de décompression ? | <input type="checkbox"/> hémorragies ou troubles sanguins ? |
| Souffrez-vous ou avez-vous souffert de... | <input type="checkbox"/> incapacité à réaliser des exercices involontaires (inconscient) pronormale de 1,8 km/h mètre en 12 min ? | <input type="checkbox"/> hernies ? |
| <input type="checkbox"/> asthme, respiration difficile lors d'exercices ou sport ? | <input type="checkbox"/> blessure à la tête avec perte de connaissance durant les 5 dernières années ? | <input type="checkbox"/> valves ou opération d'ulcères ? |
| <input type="checkbox"/> crachats fréquents ou importants de fluide des voies ou d'allergies ? | <input type="checkbox"/> problèmes dorsaux fréquents ? | <input type="checkbox"/> consommation de bien-être ? |
| <input type="checkbox"/> fièvres, sinusites ou bronchites fréquents ? | <input type="checkbox"/> intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale ? | <input type="checkbox"/> prise de drogue ou traitement pour drogue ou abus d'alcool durant les cinq dernières années ? |
| <input type="checkbox"/> problèmes pulmonaires ? | | |
| <input type="checkbox"/> pneumothorax (ballonnage pulmonaire) ? | | |

Les informations fournies sur vos 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 au programme de plongée. Je reconnais admettre ma responsabilité pour tout manquement à déclarer mon état de santé passé ou présent.

| | |
|---|--------------------|
| Signature du participant | Date (journalière) |
| Signature d'un parent ou tuteur (à appliquer) | Date (journalière) |



Sur chacune des lignes précédant les questions médicales, vous devez répondre par trois lettres: O-U-I ou N-O-N. Un trait, un crochet ou une seule lettre ne suffisent pas. Si vous avez une question qui doit être répondue par un OUI, veuillez nous contacter pour plus d'informations.



Vous devez signer et dater. Si le participant est mineur un parent ou un tuteur doit signer en plus de la signature du jeune.

