



Nom du Participant

Date de naissance

(en majuscules)

Date (JJ/MM/AA)



## Examen Médical du Plongeur | Questionnaire

La plongée sous-marine et l'apnée récréative nécessitent une bonne santé physique et mentale. Il y a quelques conditions médicales qui peuvent être dangereuses pendant la plongée, énumérées ci-dessous. Ceux qui ont ou sont prédisposés à l'une de ces conditions doivent être évalués par un médecin. Ce questionnaire médical pour plongeurs fournit une base pour déterminer si vous devez demander cette évaluation. Si vous avez des inquiétudes concernant votre condition physique pour la plongée qui ne sont pas reprises sur ce formulaire, consultez votre médecin avant de plonger. Si vous vous sentez mal, évitez de plonger. Si vous pensez avoir une maladie contagieuse, protégez-vous et protégez les autres en ne participant pas à la formation et/ou aux activités de plongée. Les références à la «plongée» sur ce formulaire englobent à la fois la plongée sous-marine de loisir et l'apnée. Ce formulaire est principalement conçu comme une évaluation médicale initiale pour les nouveaux plongeurs, mais convient également aux 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

Remplissez ce questionnaire préalablement à un cours de plongée sous-marine ou d'apnée.

**Note aux femmes:** Si vous êtes enceinte ou tentez de devenir enceinte, ne plongez pas.

1	J'ai eu des problèmes avec mes poumons, ma respiration, mon cœur et/ou mon sang qui ont affecté mes performances physiques ou mentales normales.	<input type="checkbox"/> Oui Passez à la partie A	<input type="checkbox"/> Non
2	Je suis âgé de plus de 45 ans.	<input type="checkbox"/> Oui Passez à la partie B	<input type="checkbox"/> Non
3	J'ai du mal à faire des efforts physiques modérés (par exemple, marcher 2 km en 15 minutes ou nager 200 mètres sans me reposer), ou: je n'ai pas pu participer à une activité physique normale pour des raisons de forme physique ou de santé depuis 12 mois.	<input type="checkbox"/> Oui *	<input type="checkbox"/> Non
4	J'ai eu des problèmes aux yeux, aux oreilles, aux conduites nasales ou sinus.	<input type="checkbox"/> Oui Passez à la partie C	<input type="checkbox"/> Non
5	J'ai subi une intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois; ou: j'ai des problèmes chroniques liés à une intervention chirurgicale antérieure.	<input type="checkbox"/> Oui *	<input type="checkbox"/> Non
6	J'ai perdu connaissance, j'ai eu des migraines, des convulsions, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien important ou je souffre de lésions ou maladies neurologiques persistantes.	<input type="checkbox"/> Oui Passez à la partie D	<input type="checkbox"/> Non
7	Je suis actuellement en traitement (ou j'ai eu besoin d'un traitement au cours des cinq dernières années) pour des problèmes psychologiques, des troubles de la personnalité, des crises de panique ou une dépendance aux drogues ou à l'alcool; ou, on a diagnostiqué chez moi un trouble de l'apprentissage ou du développement.	<input type="checkbox"/> Oui Passez à la partie E	<input type="checkbox"/> Non
8	J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète.	<input type="checkbox"/> Oui Passez à la partie F	<input type="checkbox"/> Non
9	J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente.	<input type="checkbox"/> Oui Passez à la partie G	<input type="checkbox"/> Non
10	Je prends des médicaments sur ordonnance (à l'exception des contraceptifs ou des antipaludéens autres que la méfloquine (Lariam)).	<input type="checkbox"/> Oui *	<input type="checkbox"/> Non

## Signature du participant

**Si vous avez répondu NON aux 10 questions ci-dessus, un examen médical n'est pas nécessaire.** Veuillez lire et accepter la déclaration du participant ci-dessous en la signant et en la datant.

**Déclaration du participant :** J'ai répondu honnêtement à toutes les questions et je reconnais prendre la responsabilité de toutes les conséquences résultant des questions auxquelles j'ai pu répondre de manière inexacte ou du fait que je n'ai pas révélé mon état de santé actuel ou passé.

Signature du participant (ou, s'il s'agit d'un mineur, signature du parent/tuteur du participant)	Date (JJ/MM/AA)
Nom du participant (en majuscules)	Date de naissance (JJ/MM/AA)
Nom de l'Instructeur (en majuscules)	Nom de l'Institution (en majuscules)

**\* 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 ci-dessus en la signant et en la datant ET amenez les trois pages de ce formulaire (Questionnaire du participant et Evaluation du médecin) à votre médecin pour une évaluation médicale.** La participation à un programme de plongée nécessite l'accord de votre médecin.

Date de la version : 2022-02-01 1 de 3 © 2020

**Nom du Participant****Date de naissance**

(en majuscules)

Date (JJ/MM/AA)

## Examen Médical du Plongeur | Suite du Questionnaire du participant

**PARTIE A - J'AI/J'AI EU :**

Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie des valves cardiaques, dispositif médical implantable (par exemple, stent, stimulateur cardiaque, neurostimulateur), pneumothorax et/ou maladie pulmonaire chronique.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Asthme, respiration sifflante, allergies graves, rhume des foins ou voies respiratoires congestionnées au cours des 12 derniers mois, qui limitent mon activité physique / exercice.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Un problème ou une maladie touchant mon cœur tels que: angine de poitrine, douleur thoracique à l'effort, insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire d'immersion, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral; ou: je prends des médicaments pour toute affection cardiaque.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Bronchite récurrente et toux actuelle au cours des 12 derniers mois; ou: on m'a diagnostiqué d'un emphysème.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Symptômes affectant mes poumons, ma respiration, mon cœur et/ou mon sang au cours des 30 derniers jours et altérant mes performances physiques ou mentales.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non

**PARTIE B - JE SUIS ÂGÉ(E) DE PLUS DE 45 ANS ET :**

Je fume ou j'inhale de la nicotine par d'autres moyens.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
J'ai un taux de cholestérol élevé.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
J'ai une tension artérielle élevée.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
J'ai eu un parent proche décédé subitement 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 avant l'âge de 50 ans (y compris des troubles du rythme cardiaque, une maladie coronarienne ou une cardiomyopathie).	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non

**PARTIE C - J'AI/J'AI EU :**

Une chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une maladie ou chirurgie de l'oreille, une perte auditive ou des problèmes d'équilibre.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non

**PARTIE D - J'AI/J'AI EU :**

Un traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une lésion ou maladie neurologique persistante.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Des migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois, ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Des syncopes, absences ou évanouissements (perte totale ou partielle de la conscience) au cours des 5 dernières années.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une épilepsie, ou des convulsions; ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non

**PARTIE E - J'AI/J'AI EU :**

Des problèmes de comportement, des problèmes mentaux ou psychologiques nécessitant un traitement médical et/ou psychiatrique.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une dépression majeure, des idées suicidaires, des attaques de panique, un trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement médicamenteux ou psychiatrique.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Il a été diagnostiqué un problème de santé mentale ou un trouble de l'apprentissage/du développement qui nécessite des soins continus ou des aménagements spéciaux.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une dépendance à la drogue ou à l'alcool nécessitant un traitement au cours des 5 dernières années.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non

**PARTIE F - J'AI/J'AI EU :**

Des problèmes de dos récurrents au cours des 6 derniers mois qui limitent mon activité quotidienne.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Du diabète, contrôlé par un médicament ou un régime, OU du diabète de grossesse au cours des 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Des ulcères cutanés actifs ou non traités, des plaies chroniques ou une intervention chirurgicale pour ulcère au cours des 6 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non

**PARTIE G - J'AI/J'AI EU :**

Une chirurgie pour stomie (gastrostomie, colostomie ou néphrostomie) sans avoir déjà l'autorisation médicale pour nager ou faire des activités physiques.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une déshydratation nécessitant une intervention médicale au cours des 7 derniers jours.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Des ulcères gastriques ou intestinaux actifs ou non traités; ou: traitement chirurgical de ces ulcères au cours des 6 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Des brûlures d'estomac fréquentes, régurgitation ou reflux gastro-œsophagien (RGO).	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une colite ulcéreuse active ou non contrôlée; ou: Maladie de Crohn.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non
Une chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois.	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non

\*Examen médical par un médecin requis (voir page 1). 2 de 3 © 2020



Nom du Participant

(en majuscules)

Date de naissance

Date (JJ/MM/AA)

## Examen Médical du Plongeur | Formulaire d'évaluation de l'examen médical

La personne susmentionnée demande votre avis sur son aptitude médicale à participer à une formation ou à une activité de plongée sous-marine ou de plongée en apnée. Veuillez consulter le site [uhms.org](http://uhms.org) pour obtenir des conseils médicaux sur les conditions médicales en rapport avec la plongée. Vérifiez les domaines pertinents pour votre patient dans le cadre de votre examen.

### Résultat de l'Evaluation

Approuvé - Je ne trouve aucune condition que je considère incompatible avec la plongée loisir ou l'apnée.

Non approuvé - Je trouve des éléments que je considère incompatibles avec la plongée sous-marine ou l'apnée.

Signature d'un médecin diplômé ou d'un autre professionnel de la santé légalement agréé

Date (JJ/MM/AA)

Nom du médecin ayant réalisé l'examen

(en majuscules)

Titres/diplômes en médecine

Clinique/Hôpital

Adresse

Téléphone

Email

### Cachet du médecin/Clinique (optionnel)

Créé par la Diver Medical Screen Committee en association avec les organismes suivants:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (Etats-Unis)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**