



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

Veuillez 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.

- ☐ Pensez-vous être enceinte, ou essayez-vous de le devenir ?
- ☐ Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance ? (à l'exception de la contraception et des médicaments antipaludéen)

- ☐ Avez-vous plus de 45 ans et pouvez répondre OUI à une ou plusieurs des questions suivantes ?
- ☐ je fume actuellement la pipe, des cigares ou des cigarettes
- ☐ j'ai un taux de cholestérol élevé

- ☐ il y a des antécédents de crise cardiaque, ou d'accident vasculaire cérébral, dans ma famille
- ☐ je reçois actuellement des soins médicaux
- ☐ j'ai de l'hypertension
- ☐ j'ai du diabète (même s'il est contrôlé par un régime alimentaire)

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

- ☐ Asthme, respiration bruyante, respiration sifflante ou difficile pendant de l'exercice ?
- ☐ Crises fréquentes ou sévères de rhume des foies ou d'allergie ?
- ☐ Rhumes fréquents, sinusite ou bronchite ?
- ☐ Toute forme de maladie pulmonaire ?
- ☐ Pneumothorax (affaïssement d'un/des poumon(s)) ?
- ☐ Autre maladie thoracique ou intervention chirurgicale thoracique ?
- ☐ Problèmes de santé comportementale, problèmes mentaux ou psychologiques (crises de panique, angoisse, claustrophobie, agoraphobie) ?
- ☐ Crises d'épilepsie, attaques, convulsions ou prise de médicaments préventifs ?
- ☐ Crises de migraines ou maux de tête récurrents, ou prise de médicaments préventifs ?
- ☐ Syncopes ou évanouissements (perte de connaissance totale ou partielle) ?

- ☐ Mal des transports fréquent ou sévère (mal de mer, en voiture, etc) ?
- ☐ Dysenterie ou déshydratation nécessitant une intervention médicale ?
- ☐ Tout accident de plongée ou accident de décompression ?
- ☐ Incapacité à effectuer un exercice modéré (exemple: marcher 1,6 km/1 mile en 12 minutes) ?
- ☐ Blessure à la tête avec perte de connaissance dans les cinq dernières années ?
- ☐ Problèmes de dos récurrents ?
- ☐ Intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale ?
- ☐ Diabète ?
- ☐ Problèmes de dos, de bras ou de jambe suite à une intervention chirurgicale, une blessure ou une fracture ?
- ☐ Hypertension artérielle ou prise de médicaments pour contrôler la tension ?

- ☐ Maladie cardiaque ?
- ☐ Attaque cardiaque ?
- ☐ Angine de poitrine, chirurgie cardiaque ou vasculaire ?
- ☐ Intervention chirurgicale des sinus ?
- ☐ Maladie ou intervention chirurgicale de l'oreille, perte d'audition ou problèmes d'équilibre ?
- ☐ Problèmes d'oreille récurrents ?
- ☐ Hémorragies ou autres troubles sanguins ?
- ☐ Hernie ?
- ☐ Ulcères ou intervention chirurgicale sur ulcères ?
- ☐ Colostomie ou une iléostomie ?
- ☐ 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