



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES

De M. – Mme – Melle :

Né(e) le

Pour pratiquer la plongée, vous ne devez pas avoir de problème de santé qui risquerait d'être aggravé par cette activité ou de favoriser un accident. En application de la réglementation fédérale, il vous est demandé de remplir avec attention ce questionnaire. Si vous répondez « NON » à toutes les questions, tout médecin peut délivrer le certificat de non contre-indication joint. Si vous répondez « OUI » à l'une des questions, vous devez être examiné par un médecin de la FFESSM ou par un médecin spécialisé en médecine de la plongée sub-aquatique pour évaluation des risques éventuels. Le certificat qui vous sera alors remis précisera éventuellement les conseils et restrictions de pratique de la plongée. Quelles que soient vos réponses, la liste de ces médecins, qui vous conseilleront au mieux, vous sera fournie par votre club ou votre structure de plongée. Ce questionnaire, conservé dans le dossier du médecin que vous aurez consulté, reste confidentiel et relève du secret médical. Il peut cependant être demandé dans certaines circonstances par une instance judiciaire.

La pratique de la plongée sous-marine avec scaphandre est contre indiquée durant la grossesse. La consommation exagérée d'alcool et de produits illicites est incompatible avec la pratique de la plongée sous-marine avec scaphandre.

OUI NON

Si vous avez déjà plongé, avez vous été victime d'une surpression pulmonaire ou d'un accident de décompression ?

Êtes-vous atteint d'un handicap ?

Avez-vous eu ou avez vous :

Des problèmes cardiaques ou circulatoires ?

En particulier : - une hypertension artérielle même traitée ?

- des pertes de connaissance à répétition ?

Des problèmes respiratoires chroniques ?

En particulier : - une maladie asthmatique ?

- un pneumothorax, un traumatisme thoracique ?

Des problèmes de la sphère oto-rhino-laryngologique ayant entraîné des soins médicaux spécialisés

En particulier : - une mauvaise audition, une perforation tympanique ?

- une sinusite ou une otite chronique ?

- des vertiges ou des troubles de l'équilibre à répétition ?

- des douleurs des oreilles dans l'eau, en avion ou en altitude ?

Des problèmes psychiatriques ?

En particulier : - êtes-vous suivi pour dépression ?

Avez-vous eu ou avez-vous :

OUI NON

Des problèmes neurologiques ?

En particulier : - des crises d'épilepsie, traitées ou non ?

- des crises de « tétanie » ou de « spasmophilie » ?

- un traumatisme crânien avec coma ?

Une maladie métabolique ?

En particulier : - une maladie diabétique traitée ou non ?

- une maladie endocrinienne ?

Une affection tumorale ?

Une hernie hiatale ou un reflux gastro-œsophagien ?

Une affection des yeux suivante : myopie sévère, anomalie de la cornée, problème de rétine ?

Des problèmes dermatologiques chroniques ?

Prenez vous un traitement : pour le cœur, pour la tension, pour fluidifier le sang, à visée psychiatrique ou neurologique ?

Avez-vous déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale ou endoscopique :

- sur le cœur, ou sur le thorax ?

- sur l'estomac ?

- sur les oreilles ou les sinus ?

- intra-crânienne ?

- sur les yeux (y compris au laser) ?

Bénéficiez vous d'une interruption d'activité ou de travail depuis au moins 1 mois suite à une maladie ou à un accident ?

Devez-vous bénéficier d'un traitement médical long, d'une intervention chirurgicale ou endoscopique, d'une hospitalisation dans les 6 prochains mois ?

(nous vous recommandons de faire soigner vos caries dentaires)

Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et pouvoir attester que mes réponses sont exactes. Je reconnais avoir été averti(e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle du médecin signataire du certificat médical de non contre-indication ainsi que celle des dirigeants de la structure au sein de laquelle je vais pratiquer la plongée sous-marine.

Fait le _____ à _____

Signature :
(du parent ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

Avertissement

Attention : vous engagez votre responsabilité en cas de fausse déclaration, et votre signature datée certifie la véracité de la présente déclaration d'état de santé.