



Examen Medical 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 prises sur ce formulaire, consultez votre médecin avant de plonger. Si vous vous sentez mal, évitez de plonger. Si vous pensez avoir possiblement 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 pulmonaires/respiratoires, cardiaques, sanguins ou j'ai été diagnostiqué avec le COVID-19.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case A	Non <input type="checkbox"/>
2	Je suis âgé de plus de 45 ans.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case B	Non <input type="checkbox"/>
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.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
4	J'ai eu des problèmes aux yeux, aux oreilles, aux conduites nasales ou sinus.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case C	Non <input type="checkbox"/>
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.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
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.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case D	Non <input type="checkbox"/>
7	Je suis actuellement sous 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 à la drogue ou à l'alcool; ou, on m'a diagnostiqué un trouble d'apprentissage.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case E	Non <input type="checkbox"/>
8	J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case F	Non <input type="checkbox"/>
9	J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case G	Non <input type="checkbox"/>
10	Je prends des médicaments sur ordonnance médicale (à l'exception des contraceptifs ou des antipaludéens autres que la méfloquine (Lariam)).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>

Signature du participant

Si vous avez répondu NON pour les 10 questions ci-dessus, une évaluation médicale n'est pas requise. 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 comprends que j'accepte la responsabilité des conséquences résultant de toute question à laquelle j'ai répondu de manière inexacte, ou de mon omission de divulguer tout problème de santé existant ou passé.

Signature du participant (ou, si mineur, signature du parent / tuteur du participant) requise

Date (jj/mm/aaaa)

Nom du participant (en CAPITALES)

Date de naissance (jj/mm/aaa)

Nom de l'Instructeur (en CAPITALES)

Nom de l'Institution (en CAPITALES)

* **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 Évaluation du médecin) à votre médecin pour une évaluation médicale. La participation à un cours de plongée nécessite l'approbation de votre médecin.

Examen Medical du Plongeur | Suite du Questionnaire du participant

CASE A - J'AI / J'AI EU:		
Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie valvulaire cardiaque, pose de stent ou pneumothorax (poumon effondré).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Asthme, respiration sifflante, allergies graves, rhume des foins ou voies respiratoires congestionnées au cours des 12 derniers mois, qui limitent mon activité physique / exercice.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
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.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Bronchite récurrente et toux actuelle au cours des 12 derniers mois; ou: on m'a diagnostiqué d'un emphysème.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un diagnostic de COVID-19.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE B – J'AI PLUS DE 45 ANS ET:		
Je fume ou j'inhale de la nicotine par d'autres moyens.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai un taux de cholestérol élevé.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai une tension artérielle élevée.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
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).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE C – J'AI / J'AI EU:		
Une chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une maladie ou chirurgie de l'oreille, une perte auditive ou des problèmes d'équilibre.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE D – J'AI / J'AI EU:		
Un traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une lésion ou maladie neurologique persistante.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois, ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des syncopes, absences ou évanouissements (perte totale ou partielle de la conscience) au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une épilepsie, ou des convulsions; ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE E – J'AI / J'AI EU:		
Des problèmes de comportement, des problèmes mentaux ou psychologiques nécessitant un traitement médical et/ou psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une dépression majeure, des idées suicidaires, des attaques de panique, un trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement médicamenteux ou psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un diagnostic de problème de la santé mentale ou un trouble d'apprentissage ou de développement qui nécessite des soins continus.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une dépendance à la drogue ou à l'alcool nécessitant un traitement au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE F – J'AI / J'AI EU:		
Des problèmes de dos récurrents au cours des 6 derniers mois qui limitent mon activité quotidienne..	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un diabète, contrôlé par médicament ou par régime; ou: un diabète gestationnel au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des ulcères cutanés actifs ou non traités, des plaies chroniques ou une intervention chirurgicale pour ulcère au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE G – J'AI EU:		
Une chirurgie pour stomie (gastrostomie, colostomie ou nephrostomie) sans avoir déjà l'autorisation médicale pour nager ou faire des activités physiques.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une déshydratation nécessitant une intervention médicale au cours des 7 derniers jours.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des ulcères gastriques ou intestinaux actifs ou non traités; ou: traitement chirurgical de ces ulcères au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des brûlures d'estomac fréquentes, régurgitation ou reflux gastro-œsophagien (RGO).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une colite ulcéreuse active ou non contrôlée; ou: Maladie de Crohn.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>