

## Attestation médicale

\_\_\_\_\_ DONNÉES DU PATIENT — INFORMATIONS CONFIDENTIELLES \_\_\_\_\_

### Lisez attentivement avant de signer.

Ceci est une attestation qui vous informe des risques potentiels liés à la plongée subaquatique et de la conduite qui vous est demandée lors du cours de formation à la plongée. Vous devez signer cette attestation pour participer au cours de formation à la plongée proposé par:

(INSTRUCTEUR) \_\_\_\_\_

et (CENTRE DE PLONGÉE) \_\_\_\_\_

situé à \_\_\_\_\_

dans l'état/pays \_\_\_\_\_.

Lisez cette attestation et discutez-en avant de la signer. Vous devez remplir cette attestation médicale, qui comprend le questionnaire d'antécédents médicaux, avant de vous inscrire au cours de formation à la plongée. Si vous êtes mineur, vous devez faire signer cette attestation par l'un de vos parents.

La plongée est une activité passionnante et exigeante. Lorsqu'elle est pratiquée correctement en utilisant les techniques adaptées, elle est très sûre. Mais si les procédures de sécurité reconnues ne sont

pas suivies, il y a des dangers.

Pour plonger en toute sécurité, vous ne devez avoir ni un important excès de poids ni être en mauvaise forme physique. La plongée peut être fatigante sous certaines conditions. Vos systèmes respiratoire et circulatoire doivent être sains. Toutes les cavités aériennes de votre corps doivent être normales et saines. Une personne avec des troubles cardiaques ou qui présente un rhume ou une congestion, de l'épilepsie, de l'asthme, un problème médical sérieux ou qui est sous l'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 la formation. Vous devrez aussi apprendre de l'instructeur des règles de sécurité importantes sur la respiration et la compensation pendant la plongée. Une mauvaise utilisation du matériel de plongée peut provoquer des accidents graves. Pour l'utiliser en toute sécurité, vous devez en apprendre soigneusement l'utilisation sous la supervision directe d'un instructeur qualifié.

Si vous avez d'autres questions concernant cette attestation médicale ou le questionnaire d'antécédents médicaux, passez-les en revue avec votre instructeur avant de les signer.

## Questionnaire d'antécédents médicaux

### Destiné au participant:

L'objectif de ce questionnaire d'antécédents médicaux est de déterminer si vous devez être examiné par votre médecin avant de participer à une formation de plongée. Une réponse affirmative à une des questions ne vous interdit pas nécessairement la plongée. Une réponse affirmative signifie qu'il existe une condition préexistante qui peut affecter votre sécurité pendant la plongée et que vous devez rechercher le conseil d'un médecin.

Répondez aux questions suivantes à propos de vos antécédents médicaux et sur votre santé actuelle par OUI ou par NON. Si vous n'êtes pas sûr, répondez OUI. Si l'un de ces articles s'applique à vous, nous vous demandons de consulter un médecin avant de participer à une activité de plongée subaquatique. Votre instructeur peut vous fournir une attestation médicale et les directives pour la visite médicale de la plongée loisir afin de les donner à votre médecin.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pensez-vous être enceinte ou essayez vous de tomber enceinte?   | <input type="checkbox"/> Autre maladie thoracique ou intervention chirurgicale thoracique?  | <input type="checkbox"/> Problèmes de dos, de bras ou de jambe, suite à une intervention chirurgicale, une blessure ou une fracture? |
| <input type="checkbox"/> Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance? (à l'exception de contraception ou de médicaments contre la malaria) | <input type="checkbox"/> Problème de santé comportementale, problèmes mentaux ou psychologiques (panique, angoisse, claustrophobie, agoraphobie)? | <input type="checkbox"/> Tension élevée ou prise de médicaments pour contrôler la tension?   |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous plus de 45 ans et pouvez-vous répondre OUI à une ou plusieurs des questions suivantes?                              | <input type="checkbox"/> Épilepsie, attaques, convulsions ou prise de médicaments préventifs?   | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque?  |
| • je fume actuellement la pipe, des cigares ou des cigarettes.   | <input type="checkbox"/> Migraines ou maux de têtes récurrents ou prise de médicaments préventifs?  | <input type="checkbox"/> Attaque cardiaque?  |
| • j'ai un taux de cholestérol élevé.   | <input type="checkbox"/> Syncopes ou évanouissements (perte de connaissance totale ou partielle)?   | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine, chirurgie cardiaque ou vasculaire?  |
| • dans ma famille, il y a eu des crises cardiaques ou des attaques cérébrales.   | <input type="checkbox"/> Maladie des transports fréquent ou sévère (mal de mer, maladie en voiture, etc.)?  | <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale sur les sinus?  |
| • je reçois actuellement des soins médicaux.   | <input type="checkbox"/> Dysenterie ou déshydratation nécessitant une intervention médicale?  | <input type="checkbox"/> Maladie ou intervention chirurgicale sur les oreilles, perte d'audition ou problèmes d'équilibre?           |
| • J'ai une tension élevée.   | <input type="checkbox"/> Accident de plongée ou maladie de décompression?   | <input type="checkbox"/> Problèmes d'oreilles récurrents?  |
| • je suis diabétique, même en cas de diabète contrôlé par un régime.   | <input type="checkbox"/> Incapacité d'effectuer des exercices modérés (par exemple: parcourir à pied 1 km en 8 min.)?                             | <input type="checkbox"/> Hémorragies ou autres troubles sanguins?  |
|  | <input type="checkbox"/> Blessure à la tête avec perte de connaissance dans les cinq dernières années?  | <input type="checkbox"/> Hernie?   |
|  | <input type="checkbox"/> Problèmes de dos récurrents?   | <input type="checkbox"/> Ulcères ou intervention chirurgicale sur ulcères?   |
|  | <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale?  | <input type="checkbox"/> Colostomie or iléostomie?   |
|  | <input type="checkbox"/> Diabète?   | <input type="checkbox"/> Consommation de drogues ou traitement adapté ou alcoolisme dans les cinq dernières années?                  |

### AVEZ-VOUS JAMAIS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS ACTUELLEMENT DES AFFECTIONS SUIVANTES:

- Asthme, respiration bruyante ou respiration difficile pendant un exercice.
- Attaques fréquentes ou sévères de rhume des foins ou d'allergie?
- Rhumes, sinusites ou bronchites fréquents?
- Toute forme de maladie pulmonaire?
- Pneumothorax?

**Les informations fournies à propos de mes antécédents médicaux sont correctes selon les connaissances en ma possession. J'accepte la responsabilité des éventuelles omissions sur la divulgation de mon état de santé actuel ou passé.**

SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

SIGNATURE D'UN PARENT OU DU TUTEUR (S'IL Y A LIEU) \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

# Élève

(Merci de remplir lisiblement)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Adresse postale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ État/Province: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_ Téléphone pro.: ( ) \_\_\_\_\_

Telex: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

## Nom et adresse de votre médecin de famille ou principal:

Médecin: \_\_\_\_\_ Hôpital: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_

Date du dernier examen médical: \_\_\_\_\_

Nom de l'examineur: \_\_\_\_\_ Hôpital: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_

Avez-vous jamais dû passer un examen médical avant de plonger?  Oui.  Non. Si oui, quand? \_\_\_\_\_

## Médecin

Cette personne souhaite s'inscrire à une formation de plongée ou est actuellement certifiée pour plonger avec un scaphandre. Votre avis quant à sa condition physique médicale pour la plongée est requis. Merci de vérifier les directives pour la visite médicale de la plongée loisir.

### Impression du médecin:

Je ne constate aucune condition médicale que je considère incompatible avec la plongée.

Je ne peux recommander cette personne pour la plongée.

Remarques: \_\_\_\_\_

*J'ai vérifié les directives pour la visite médicale de la plongée loisir.*

\_\_\_\_\_, médecin. Date \_\_\_\_\_  
Signature du médecin

Médecin: \_\_\_\_\_ Hôpital: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_