



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 de plonger. 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 avant de participer à des activités de plongée.

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 il y a des antécédents de crise cardiaque, ou d'accident vasculaire cérébral, dans ma famille j'ai de l'hypertension
- j'ai un taux de cholestérol élevé je reçois actuellement des soins médicaux 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 ? Syncopes ou évanouissements (perte de connaissance totale ou partielle) ? Hypertension artérielle ou prise de médicaments pour contrôler la tension ?
- Crises fréquentes ou sévères de rhume des foins ou d'allergie ? Mal des transports fréquent ou sévère (mal de mer, en voiture, etc) ? Maladie cardiaque ?
- Rhumes fréquents, sinusite ou bronchite ? Dysenterie ou déshydratation nécessitant une intervention médicale ? Attaque cardiaque ?
- Toute forme de maladie pulmonaire ? Tout accident de plongée ou accident de décompression ? Angine de poitrine, chirurgie cardiaque ou vasculaire ?
- Pneumothorax (affaissement d'un/des poumon(s)) ? Incapacité à effectuer un exercice modéré (exemple: marcher 1,6 km/1 mile en 12 minutes) ? Intervention chirurgicale des sinus ?
- Autre maladie thoracique ou intervention chirurgicale thoracique ? Blessure à la tête avec perte de connaissance dans les cinq dernières années ? Maladie ou intervention chirurgicale de l'oreille, perte d'audition ou problèmes d'équilibre ?
- Problèmes de santé comportementale, problèmes mentaux ou psychologiques (crises de panique, angoisse, claustrophobie, agoraphobie) ? Problèmes de dos récurrents ? Problèmes d'oreille récurrents ?
- Crises d'épilepsie, attaques, convulsions ou prise de médicaments préventifs ? Intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale ? Hémorragies ou autres troubles sanguins ?
- Crises de migraines ou maux de tête récurrents, ou prise de médicaments préventifs ? Diabète ? Hernie ?
- Problèmes de dos, de bras ou de jambe suite à une blessure ou une fracture ? 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 comprends et j'accepte que le fait de ne pas révéler un état de santé existant, ou passé, peut provoquer des accidents graves ou la mort, et 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)

2/2