

FORMULAIRE D'EXAMEN MÉDICAL POUR LE CHALLENGE d'APNÉE APNÉE AVENTURE

1. Partie à remplir par le (la) REQUÉRANT(E)

Nom:Prénom:

Adresse :

Province:Code postal :

Sexe : M F Âge : ans Taille : cm Poids : kg

Téléphone:.....E-mail :

Profession : Numéro d'assurance maladie :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Tél. maison :Tél. travail :

N.B. : Tous les champs sont à remplir obligatoirement.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Le but de ce questionnaire médical est de déterminer si vous avez une contre-indication à la pratique de la plongée en apnée sportive. Une réponse positive à une question ne signifie pas nécessairement une inaptitude à la pratique de la plongée en apnée sportive. Une réponse positive à l'une ou plusieurs des questions ci-dessous indiquera qu'il peut y avoir une contre-indication à la pratique de la plongée en apnée sportive. L'avis du médecin est requis, même en cas de réponse négative à toutes les questions. Veuillez s.v.p. répondre correctement aux questions de votre passé ou présent médical suivantes, par **OUI** ou par **NON**. Si vous n'êtes pas sûr, répondez par **OUI**.

- Si vous êtes de sexe féminin, êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous l'être?
- Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits ou non? (excepté les contraceptifs).
- Êtes-vous un fumeur régulier ?
- Avez-vous un taux élevé de cholestérol ?
- Votre famille a-t-elle des antécédents de problèmes cardiaques

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de...

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> asthme, respiration sifflante ? | <input type="checkbox"/> problèmes dus à une opération chirurgicale, blessure ou fracture au dos, bras, jambes ? |
| <input type="checkbox"/> fièvres élevées fréquentes ou allergies ? | <input type="checkbox"/> hypertension ? |
| <input type="checkbox"/> sinusites ou bronchites fréquentes ou chroniques ? | <input type="checkbox"/> problèmes cardiaques ? |
| <input type="checkbox"/> problèmes pulmonaires ou pneumothorax ? | <input type="checkbox"/> crise cardiaque ou infarctus du myocarde ? |
| <input type="checkbox"/> intervention chirurgicale à la poitrine ? | <input type="checkbox"/> angine de poitrine / intervention chirurgicale au cœur ou aux vaisseaux sanguins ? |
| <input type="checkbox"/> claustrophobie ou agoraphobie ? | <input type="checkbox"/> interventions chirurgicales aux oreilles ou aux sinus ? |
| <input type="checkbox"/> problèmes de santé antécédents ? | <input type="checkbox"/> perte d'équilibre, surdité ou problèmes dus aux oreilles? |
| <input type="checkbox"/> épilepsie, convulsions ? | <input type="checkbox"/> hémorragies ou problèmes veineux ? |
| <input type="checkbox"/> migraines chroniques ou fréquentes ? | <input type="checkbox"/> hernies ? |
| <input type="checkbox"/> coma, syncope ou perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> ulcères ou opération d'ulcères ? |
| <input type="checkbox"/> souffrez-vous régulièrement de troubles dus au transports ? | <input type="checkbox"/> maladie d'estomac ou affection intestinale ? |
| <input type="checkbox"/> accidents de plongée ou maladies de décompression ? | <input type="checkbox"/> abus d'alcool ou drogue ? |
| <input type="checkbox"/> problèmes dorsaux fréquents ? | <input type="checkbox"/> tout autre problème médical non mentionné ? |
| <input type="checkbox"/> intervention chirurgicale dorsale ? | |
| <input type="checkbox"/> diabète ? | |

Je déclare que les indications ci-dessus sont exactes.

Date :Signature :

2. Partie à remplir par le MÉDECIN

Le (la) requérant(e) souhaite pratiquer la plongée en apnée sportive, c'est-à-dire l'immersion subaquatique sans équipement respiratoire, immobile ou en mouvement, à profondeur variable. Cette activité soumet l'organisme à plusieurs types de stress, et exige un effort physique soutenu. Nous vous demandons votre avis médical sur la compatibilité de cette activité avec l'état de santé du (de la) requérant(e). Outre les contre-indications usuelles à la pratique d'un sport aquatique, le (la) requérant(e) ne doit pas souffrir de maladies cardiovasculaires ni respiratoires, ni souffrir de troubles O.R.L. permanents qui l'empêcheraient d'équilibrer la pression de l'oreille moyenne et des sinus. D'autre part, le (la) requérant(e) ne doit pas être affecté(e) d'une maladie qui serait susceptible d'engendrer des évanouissements. Dans le cas d'un avis défavorable, veuillez s'il vous plaît expliquer au (à la) requérant(e) pourquoi vous jugez que la pratique de l'apnée sportive lui est contre-indiquée et en discuter ouvertement avec lui (elle).

AVIS:

FAVORABLE (Je ne trouve aucune contre-indication à la pratique de la plongée en apnée sportive)
DÉFAVORABLE (J'ai relevé des dispositions qui d'après moi, expose clairement des dangers inacceptables pour la santé et la sécurité plongée en apnée sportive).

Remarques :

Nom:Prénom:

Adresse :

Province:Code postal :

Téléphone:

Date :Signature :