

APNÉE SPORTIVE - NIVEAU I - QUESTIONNAIRE MÉDICAL

1. PARTIE À REMPLIR PAR LE (LA) REQUÉRANT(E)

Nom : Prénom : Sexe : H F
Adresse : Âge : ans
Ville : Code postal : Taille : cm
Tel : Profession : Poids : kg
Courriel : Numéro d'assurance maladie :
Personne à contacter en cas d'urgence :
Tel (maison) : Tel (travail) :

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

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Le but de ce questionnaire médical est de déterminer si vous devez vous faire examiner par un médecin avant de participer à 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 et que l'avis du médecin est requis. N'hésitez pas à consulter votre moniteur pour toute question relative à votre état de santé.

Veillez 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 une réponse positive à l'un de ces points s'applique à vous, nous vous prions de consulter un médecin avant de prendre part à la pratique de la plongée en apnée. Le formulaire "Examen médical" à l'attention du médecin se trouve au verso.

- _____ Si vous êtes de sexe féminin, êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous de l'être?
- _____ Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits ou non? (excepté les contraceptifs).
- _____ Êtes-vous 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...

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