

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES

De Mr – Mme – Melle :Né(e) le

Pour pratiquer la plongée, vous ne devez pas avoir de problème de santé qui risquerait d'être aggravé par cette activité ou de favoriser un accident. Il vous est demandé de remplir avec attention ce questionnaire. Si vous répondez « NON » à toutes les questions, tout médecin peut délivrer le certificat de non contre-indication joint.

Si vous répondez « OUI » à l'une des questions, vous devez être examiné par un médecin de la FFESSM ou par un médecin spécialisé en médecine de la plongée subaquatique pour évaluation des risques éventuels (vous trouverez par exemple la liste des médecins fédéraux de votre région en vous laissant guider sur http://www.ffessm.fr/ffessm/certificat_medical.asp, ou vous pouvez nous contacter). Le certificat qui vous sera alors remis précisera éventuellement les conseils et restrictions de pratique de la plongée.

La pratique de la plongée subaquatique avec scaphandre est contre indiquée durant la grossesse.

La consommation exagérée d'alcool et de produits illicites est incompatible avec la pratique de la plongée subaquatique avec scaphandre.

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Si vous avez déjà plongé, avez vous été victime d'une surpression pulmonaire, d'un accident de décompression ou de problèmes respiratoires au décours de plongée ou d'activités dans l'eau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Etes vous atteint d'un handicap ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Avez-vous eu ou avez vous : | | |
| × des problèmes cardiaques ou circulatoires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - une hypertension artérielle <u>même traitée</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des pertes de connaissance à répétition ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| × des problèmes respiratoires chroniques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier, une maladie asthmatique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| × un pneumothorax, un traumatisme thoracique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| × des problèmes de la sphère oto-rhino-laryngologique ayant entraîné des soins médicaux spécialisés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - une mauvaise audition, une perforation tympanique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - une sinusite ou une otite chronique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des vertiges ou des troubles de l'équilibre à répétition ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des douleurs des oreilles dans l'eau, en avion ou en altitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| × des problèmes psychiatriques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier, êtes vous suivi pour dépression ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
(à l'usage de tout médecin inscrit régulièrement à l'Ordre)

Je soussigné, Docteur :

certifie :

- avoir pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique de la plongée sous-marine établie par la Commission Médicale et de Prévention Nationale de la FFESSM (cf verso)
- avoir pris connaissance des réponses au questionnaire de santé préalable à la délivrance du certificat médical initial de non contre-indication à la pratique des activités subaquatiques de

Mr, Mme, Melle :

Né(e) le :

Demeurant à :

- l'avoir examiné (e)

et déclare qu'il (elle) ne présente pas à ce jour de contre-indication cliniquement décelable à la pratique des activités subaquatiques.

Fait à :

le :

Signature et tampon
(obligatoire)