

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/ECOLE 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 médical, 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 ni avoir un important excès de poids ni être en méforme. La plongée peut être fatigante dans 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 au cours. 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 sur cette attestation médicale ou sur le questionnaire médical, passez-les en revue avec votre instructeur avant de les signer.

QUESTIONNAIRE MÉDICALE

Destiné au participant :

L'objectif de ce questionnaire médical est de déterminer si vous devez être examiné par votre médecin avant de participer à une formation à la plongée récréative. Une réponse positive à une question ne vous interdit pas nécessairement la plongée. Une réponse positive 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 sur votre historique médical 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 procurer une attestation médicale et les conseils pour la visite médicale de la plongée récréative afin de les donner à votre médecin

___ Pensez-vous être enceinte ou essayez-vous de devenir enceinte ?

___ Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance ? (à l'exception de la contraception et des médicaments contre la malaria)

___ Avez-vous plus de 45 ans et pouvez-vous répondre OUI à une ou plusieurs des questions suivantes ?

___ • je fume actuellement la pipe, des cigares ou des cigarettes

___ • j'ai un taux de cholestérol élevé

___ • dans ma famille, il y a eu des crises cardiaques

___ • je reçois actuellement des soins médicaux

___ • j'ai une tension élevée

___ • j'ai du diabète, même s'il est totalement contrôlé par un régime

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 foies ou d'allergie ?

___ Rhumes, sinusites ou bronchites fréquentes ?

___ Toute forme de maladie pulmonaire ?

___ Pneumothorax (affaissement des poumons) ?

___ Autre maladie thoracique ou intervention chirurgicale thoracique ?

___ Problèmes de santé comportementale, problèmes mentaux ou psychologiques (panique, angoisse, claustrophobie, agoraphobie) ?

___ Épilepsie, attaques, convulsions ou prise de médicaments préventifs ?

___ Migraines ou maux de tête récurrents ou prise de médicaments préventifs ?

___ Évanouissements (pertes de connaissance totale ou partielle) ?

___ Maladies des transports fréquentes ou sévères (mal de mer, maladie en voiture, etc.) ?

___ Dysenterie ou déshydratation nécessitant une intervention médicale ?

___ Accident de plongée ou accident de décompression ?

___ Incapacité d'effectuer des exercices modérés (exemple : parcourir à pied 1 km en 8 minutes) ?

___ Blessure à la tête avec perte de connaissance dans les cinq dernières années ?

___ Problèmes de dos récurrents ?

___ Intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale ?

___ Diabète ?

___ Problèmes de dos, de bras ou de jambe, suite à une intervention chirurgicale, une blessure ou une fracture ?

___ Tension élevée ou prise de médicaments pour contrôler la tension ?

___ Maladie cardiaque ?

___ Attaque cardiaque ?

___ Angine de poitrine, chirurgie cardiaque ou vasculaire ?

___ Intervention chirurgicale sur les sinus ?

___ Maladie ou intervention chirurgicale sur les oreilles, perte d'audition ou problèmes d'équilibre ?

___ Problèmes d'oreille récurrents ?

___ Hémorragies ou autres troubles sanguins ?

___ Hernie ?

___ Ulcères ou intervention chirurgicale sur ulcères ?

___ Colostomie or iléostomie ?

___ Consommation de drogues ou traitement adapté ou alcoolisme les cinq dernières années ?

Les informations que j'ai fournies sur mon historique médical sont correctes selon les connaissances en ma possession. Je prends 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 _____

Date _____