

Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

Attention, ce document est destiné à faciliter la réalisation de la visite médicale ; il est confidentiel et ne doit pas être communiqué à un tiers.

Date : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Avez-vous eu une perte de poids importante ces derniers mois ?

Activités physiques et subaquatiques :

Activité(s) subaquatique(s) pratiquée(s) ou en projet de pratique :

Date approximative des débuts de la pratique _____

Niveau de pratique : _____ nombre de plongées au total : _____

Pratique : d'encadrement / d'enseignement : oui - non ; de compétition : oui - non

Pratique d'autres activités sportives : _____

Nombre d'heures d'activités physiques / sportives pratiquées par semaine : _____

Incidents ou accidents au cours de ces activités, y compris en plongée (préciser date et le type d'accident) :

Habitudes de vie :

Fumez-vous : oui - non si oui, nombre de cigarettes /jour : _____

Nature du produit fumé : _____

Avez-vous fumé : oui - non si oui, date d'arrêt : _____

Consommation de boissons alcoolisées : tous les jours : ____ verres/j - occasionnellement - jamais

Avez-vous été traité pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années ? oui - non

Autres toxiques consommés (y compris occasionnellement) :

Antécédents chirurgicaux / traumatiques :

Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) : (**date approximative*)

cardiaque oui - non si oui, date* et cause :

thoracique oui - non si oui, date* et cause :

sphère ORL oui - non si oui, date* et cause :

ophtalmologique oui - non si oui, date* et cause :

digestive oui - non si oui, date* et cause :

voies urinaires oui - non si oui, date* et cause :

colonne vertébrale oui - non si oui, date* et cause :

cerveau oui - non si oui, date* et cause :

orthopédique oui - non si oui, date* et cause :

autre oui - non si oui, date* et cause :

Autres traumatismes et fractures :

Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien : oui - non ; si oui, précisez date* : _____

En dehors des opérations, avez-vous déjà été hospitalisé : oui - non

si oui, précisez date* et cause :

Antécédents médicaux :

Prenez-vous des médicaments tous les jours ou de façon régulière : oui - non

si oui, précisez lesquels :

Avez-vous des allergies : oui - non ; si oui, à quoi : _____

et quel type de manifestations :

Femmes : contraception : _____ traitement de la ménopause : _____

Dans la famille (vos parents, oncles, tantes, frères et sœur) :

Problèmes cardio vasculaires : _____

Autres problèmes de santé particuliers (hémophilie, ...) : _____

Mort subite précoce avant 50 ans (y compris nourrisson) : _____

A l'effort et / ou dans l'eau, avez vous déjà ressenti :

| | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| malaise ou perte de connaissance | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | fatigue inhabituelle | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| douleur thoracique | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | trouble visuel ou impression de "trou noir" | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| palpitations | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | céphalées (maux de tête) | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| essoufflement anormal | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | vomissements ou douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| respiration sifflante | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | difficultés de récupération | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| toux anormale | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | | |

Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous : (*date approximative)

| | | | |
|---|---|---------------------------|---|
| Malaise | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Crise d'épilepsie/ convulsion | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ? | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | | si oui, date* : |
| Cancer | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, type et date* : | |
| Bronchites >3/an | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Asthme | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Respiration sifflante | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Pneumothorax | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Crachat de sang | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Essoufflement anormal | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Autre pb respiratoire | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, le(s)quel(s) : | |
| Douleur thoracique | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Hypertension artérielle, traitée ou non | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | | si oui, date* : |
| Infarctus / angine de poitrine | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Palpitations / troubles du rythme | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Notion de souffle cardiaque | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| AVC (attaque cérébrale) / AIT | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Autre problème cardio vasculaire | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, le(s)quel(s) : | |
| Diabète | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, type et date* : | |
| Phlébite / embolie | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...) | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | | si oui, date* : |
| Otites / sinusites >3/an | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Vertige, problème d'équilibre | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Trouble de l'audition | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Autre pb ORL | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, le(s)quel(s) : | |
| Port de lunettes et/ou lentilles | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, vision : | <input type="checkbox"/> de près - <input type="checkbox"/> de loin |
| Autre pb ophtalmo | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, le(s)quel(s) : | |
| Reflux gastro-oesophagien | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Ulcère gastro duodéal | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Autre problème digestif | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, le(s)quel(s) : | |
| Problèmes récurrents de rachis / de dos | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | | si oui, date* : |
| Anxiété | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Dépression | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Attaque de panique | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* : | |
| Autre affection psychiatrique | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, la(es)quelle(s) : | |
| Grossesse en cours ou envisagée | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | | |

Etes-vous suivi / avez-vous été suivi pour des problèmes de santé que je ne vous ai pas demandé : oui - non ; si oui, lesquels :

Je certifie que ces renseignements sont exacts et prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée

Date : _____ Nom et signature du pratiquant ou du responsable légal si mineur :