

Déclaration d'état de santé et historique médical

Le but de ce questionnaire médical est de définir si est nécessaire que vous soyez examiné par un médecin avant de pratiquer la plongée sous-marine. Une réponse positive au questionnaire signifie que vous présentez une condition physique risquant de nuire à votre sécurité pendant et après la plongée, et qu'il est préférable au préalable de consulter un médecin.

Pour plonger en toute sécurité, vous devez être en bonne condition physique, car la pratique de ce sport peut vous demander d'accomplir des efforts intenses. Si vous souffrez d'obésité, si vous présentez des troubles respiratoires, vasculaires et cardiaques, si vous êtes asthmatique, épileptique, enrhumé ou sujet à des crises de sinusite, ou bien si vous avez des antécédents médicaux, si vous consommez de l'alcool ou de la drogue, vous ne devez pas plonger. Si vous suivez un traitement médicamenteux, vous devez en faire part à votre moniteur et consulter un médecin avant de pratiquer la plongée sous-marine.

Nous vous prions de bien vouloir répondre par OUI ou par NON et de manière exacte au questionnaire médical concernant votre état de santé actuel et antérieur. En cas de doute sur une question, répondez par OUI. Pour toute réponse par OUI, nous vous invitons à consulter un médecin avant votre participation à toute activité sous-marine. Si vous n'avez pas apporté un certificat médical (récent d'un an ou moins) spécifiant que vous n'avez aucune contre-indication à la plongée sous-marine, une liste des médecins locaux vous sera remise si possible.

- Etes-vous enceinte ou prévoyez-vous de l'être?
- Avez-vous plus de 45 ans et fumez-vous la pipe, le cigar ou la cigarette?
- Souffrez-vous ou avez-vous souffert :
 - asthme, respiration sifflante en faisant des exercices ou non?
 - Fièvres élevées fréquentes ou allergies?
 - refroidissement, sinusites ou bronchites fréquentes ou chroniques?
 - problèmes pulmonaires?
 - pneumothorax?
 - intervention chirurgicale à la poitrine?
 - claustrophobie ou agoraphobie (espaces ouverts ou fermés)?
 - épilepsie, convulsions ou prise de médicaments pour la prévention?
 - Migraines chroniques ou prise de médicaments pour la prévention?
 - Coma, syncope ou perte de connaissance (complet, partiel)?
 - accidents de plongée ou maladies de décompression antécédents?
 - problèmes dorsaux fréquents?
 - intervention chirurgicale dorsale?
- Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits ou non?
- Avez-vous un taux élevé de cholestérol?
 - Diabète ?
 - Problèmes dus à une opération chirurgicale, blessure ou fracture au dos, bras, jambes?
 - Difficultés survenant après 10 min de course à pied ou après exercices?
 - Hypertension ou prise de médicaments pour ça prévention?
 - problèmes cardiaques? Crise cardiaque ou infarctus du myocarde?
 - angine de poitrine? intervention chirurgicale au cœur ou vaisseaux sanguins ?
 - Intervention chirurgicale aux oreilles ou aux sinus?
 - Perte d'équilibre, surdité ou problèmes dus aux oreilles?
 - Problèmes de compensation de pression aux oreilles (différence d'altitude en montagne ou en avion)?
 - Hémorragies ou problèmes veineux?
 - Hernies?
 - Ulcères ou opération d'ulcères)?
 - Maladie d'estomac ou affection intestinale?
 - abus d'alcool ou drogue ?

Je déclare que les indications ci-dessus sont exactes

Nom _____ Signature _____ Date _____

Nom _____ Signature _____ (Signature des parents ou tuteurs si nécessaire)
