



Enregistrement de plongeur

Enregistrement	Personne à contacter en cas d'urgence
Nom :	Nom :
Agence de certification :	Relation :
Niveau de certification :	Numéro de portable :
Nombre de plongées enregistrées :	Adresse e-mail :
Date de la dernière plongée :	
Vérification rapide (personnel uniquement) <input type="checkbox"/> Certification vérifiée <input type="checkbox"/> Formulaire PADI vérifié <input type="checkbox"/> Assurance vérifiée	Nous sommes situés dans un endroit isolé, et votre sécurité est notre priorité absolue. Si vous n'avez pas plongé au cours des deux dernières années, nous vous demanderons de faire une plongée de recyclage avec notre instructeur certifié.

Veillez lire attentivement et remplir le questionnaire médical du plongeur.

Questionnaire d'antécédents médicaux du plongeur

Pour le participant :

Le but de ce Questionnaire Médical est de déterminer s'il est nécessaire de consulter un médecin avant de participer à une formation de plongée loisir. Une réponse positive à une question ne signifie pas nécessairement une inaptitude à la pratique de la plongée. Une réponse positive à l'une ou plusieurs des questions ci-dessous indique l'existence d'une condition pouvant affecter votre sécurité pendant la pratique de la plongée et que l'avis du médecin est requis avant de participer aux activités de plongée.

Veillez s.v.p. répondre aux questions suivantes sur votre passé ou présent médical, 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 demandons de consulter un médecin avant de prendre part à la plongée en scaphandre. Votre instructeur vous fournira une déclaration médicale RSTC et des directives pour l'examen médical pour plongeur de loisir à remettre à votre médecin.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Etes-vous enceinte ou prévoyez-vous de l'être ? | <input type="checkbox"/> autre maladie ou intervention chirurgicale de la cage thoracique ? | <input type="checkbox"/> diabète ? |
| <input type="checkbox"/> Etes-vous actuellement sous traitement médical ? (exceptés contraceptifs et traitement pour la malaria). | <input type="checkbox"/> problèmes de santé comportementale, mentale ou psychologique (crises de paniques, peur des espaces clos ou du vide) ? | <input type="checkbox"/> problèmes suite à une opération chirurgicale, blessure ou fracture du dos, bras, jambes ? |
| <input type="checkbox"/> Etes-vous âgé de plus de 45 ans et pouvez-vous répondre OUI à l'un ou plusieurs des points suivants ? | <input type="checkbox"/> épilepsie, convulsions ou prise de médicaments en prévention ? | <input type="checkbox"/> hypertension ou prise de médicaments en prévention ? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vous fumez régulièrement pipe, cigares ou cigarettes • Vous êtes actuellement sous traitement médical • Vous avez un taux élevé de cholestérol • Vous avez une tension artérielle élevée • Vous avez des antécédents familiaux de problèmes cardiaques ou infarctus • Vous avez du diabète, même si contrôlé uniquement par un régime | <input type="checkbox"/> migraines sévères chroniques à répétition ou prise de médicaments en prévention ? | <input type="checkbox"/> problèmes cardiaques ? |
| Souffrez-vous ou avez-vous souffert de... | <input type="checkbox"/> coma, syncope (perte de connaissance complète ou partielle) ? | <input type="checkbox"/> crise cardiaque ? |
| <input type="checkbox"/> asthme, respiration difficile lors d'exercices ou non ? | <input type="checkbox"/> souffrez-vous régulièrement de mal des transports (voiture, mal de mer, etc.) ? | <input type="checkbox"/> angine de poitrine / intervention chirurgicale du coeur ou des vaisseaux sanguins ? |
| <input type="checkbox"/> crises fréquentes ou importantes de rhume des foies ou d'allergies ? | <input type="checkbox"/> dysenterie ou déshydratation exigeant une intervention médicale ? | <input type="checkbox"/> interventions chirurgicales des sinus ? |
| <input type="checkbox"/> rhumes, sinusites ou bronchites fréquents ? | <input type="checkbox"/> accident de plongée ou maladie de décompression ? | <input type="checkbox"/> interventions chirurgicales ou maladies des oreilles, perte d'équilibre, surdité ou problèmes d'oreilles ? |
| <input type="checkbox"/> problèmes pulmonaires ? | <input type="checkbox"/> incapacité à réaliser des exercices modérés (exemple: promenade de 1,6 Km/1 mille en 12 min) ? | <input type="checkbox"/> Troubles auditifs récurrents ? |
| <input type="checkbox"/> pneumothorax (atélectasie pulmonaire) ? | <input type="checkbox"/> blessure à la tête avec perte de connaissance durant les 5 dernières années ? | <input type="checkbox"/> hémorragies ou troubles sanguins ? |
| | <input type="checkbox"/> problèmes dorsaux fréquents ? | <input type="checkbox"/> hernies ? |
| | <input type="checkbox"/> intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale ? | <input type="checkbox"/> ulcères ou opération d'ulcères ? |
| | | <input type="checkbox"/> colostomie ou iléon-stomie ? |
| | | <input type="checkbox"/> prise de drogue ou traitement pour drogue ou abus d'alcool durant les cinq dernières années ? |

Les informations fournies sur mes antécédents médicaux sont, à ma connaissance, exactes. J'affirme qu'il m'incombe d'informer mon instructeur de tout changement concernant mes antécédents médicaux à tout moment durant ma participation aux programmes de plongée. Je reconnais admettre ma responsabilité pour tout manquement à déclarer mon état de santé passé ou présent.

Signature du participant

Date (jour/mois/année)