

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	☐ oui - ☐ non	fatigue inhabituelle	☐ oui - ☐ non
douleur thoracique	☐ oui - ☐ non	trouble visuel ou impression de "trou noir"	☐ oui - ☐ non
palpitations	☐ oui - ☐ non	céphalées (maux de tête)	☐ oui - ☐ non
essoufflement anormal	☐ oui - ☐ non	vomissements ou douleurs abdominales	☐ oui - ☐ non
respiration sifflante	☐ oui - ☐ non	difficultés de récupération	☐ oui - ☐ non
toux anormale	☐ oui - ☐ non		

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

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