

Club :

FICHE MEDICALE

Cette fiche est une aide à la décision ; Elle est indicative, non exhaustive et n'a pas de caractère obligatoire

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| NOM | Mme, Mlle, Mr ,Enfant : |
| Prénom | |
| Date et lieu de naissance | |
| Profession | |

| INTERROGATOIRE | | |
|--|---|--|
| Discipline(s) subaquatique(s) pratiquée(s) | | |
| Date de début | | |
| Brevets fédéraux (dates) | | |
| Antécédents familiaux (avec dates) : | | |
| | | |
| Antécédents chirurgicaux (avec dates) y compris ORL, ophtalmo : | | |
| | | |
| Antécédents médicaux (avec dates) : | | |
| Traitements en cours | | |
| Allergies | | |
| Allergies médicamenteuses | | |
| Appareil cardio-circulatoire | Malaise ou perte de connaissance | |
| | Palpitations | |
| | Oppression ou douleur thoracique | |
| | Dyspnée, toux | |
| | Valvulopathies | |
| | Hypertension artérielle | |
| | Maladies thromboemboliques Autre maladie cardiaque | |
| Appareil respiratoire | Pneumothorax | |
| | Asthme | |
| | Infection du poumon ou de la plèvre | |
| | Autre maladie respiratoire | |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| ORL | Vertiges | |
| | Troubles de l'audition | |
| | Otalgie dysbarique | |
| | Episodes infectieux à répétition | |
| | Atteinte du nez, des fosses nasales ou des sinus | |
| | Atteinte des tympans | |
| | Autre pathologie ORL | |
| Gynéco Obstétrique | Grossesse en cours | |
| Ophtalmologique | Décollement de la rétine | |
| | Kératocône | |
| | Trouble de l'acuité visuelle | |
| | Autre pathologie ophtalmologique | |
| Digestif | Reflux | |
| | Autre trouble digestif | |
| Neurologique | Epilepsie | |
| | AVC ou AIT à répétition | |
| | Traumatisme crânien grave | |
| | Autre pathologie neurologique | |
| Neuropsychique | Affection psychiatrique | |
| | Manifestations anxio-dépressives | |
| | Utilisation de psychotrope | |
| Appareil locomoteur | Sciatalgie | |
| Maladies métaboliques | Diabète | |
| Anomalies biologiques | Troubles de la crase sanguine | |
| Dents | Odontalgie | |
| | Prothèse mobile | |
| Autre appareil | | |
| Statut vaccinal | Tétanos, Polio, Hépatite B | |
| Problèmes médicaux sportifs (dates, détails) : | | |
| Problèmes médicaux subaquatiques (dates, détails) : | | |
| Barotraumatisme des sinus | | |
| Barotraumatisme de l'oreille | | |
| Barotraumatisme pulmonaire | | |
| Accident de désaturation | | |
| Malaise | | |
| Panique | | |
| Syncope en apnée | | |
| Autre problème | | |
| Important : Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et éventuellement mis à jour ; Je prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée. | | |
| Signature du plongeur | | ou des parents (mineur) |

EXAMEN CLINIQUE

| | Saison sportive | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| | | | | |
| (Date) | | | | |
| Nombre de plongées depuis un an | | | | |
| Prof. Maxi depuis un an | | | | |
| Plongée mélanges | | | | |
| Habitudes de vie | Sports réguliers (1h/sem) et années | | | |
| | Fumeur | | | |
| | Alcool, autre... | | | |

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|--|
| Biométrie | Taille | | | | |
| | Poids | | | | |
| | IMC | | | | |
| Examen cardio-vasculaire | Auscultation | | | | |
| | T.A. repos | | | | |
| | Fréquence cardiaque repos | | | | |
| | Résultats test d'adaptation à l'effort (Indice Ruffier ou Step test) : | | | | |
| Examen pulmonaire | Auscultation | | | | |
| Examen ORL | Tympan | | | | |
| | Conduits auditifs | | | | |
| | Equilibration/Valsalva | | | | |
| | Acuité auditive (voix chuchotée ou test au diapason) | | | | |
| Autre examen | | | | | |

EXAMENS PARA CLINIQUES

Dans certaines situations, en particulier pour toutes les pathologies notées « à évaluer » dans la liste indicatives des CI, le recours à des examens complémentaires et/ou à des spécialistes d'organes est nécessaire avant la prise de décision

| | (Date) | | | |
|-----------|--------|--|--|--|
| Examen(s) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DECISION

| | (Date) | | | |
|------------------------------|-------------|--|--|--|
| Pas de contre indication | | | | |
| Contre indication définitive | Disciplines | | | |
| | Raison | | | |
| Contre indication temporaire | Disciplines | | | |
| | Raison | | | |
| | Durée | | | |
| Compétition | | | | |
| Sur classement | | | | |
| Peut encadrer | | | | |
| Autres remarques | | | | |