

**ENQUETE NATIONALE RELATIVE
AUX ACCIDENTS DE PLONGEE
SOUS-MARINE AUTONOME**

CAHIER DE RECUEIL DE DONNEES

Ce cahier de recueil d'informations est à remettre à l'accidenté qui doit le renseigner lui-même au besoin en se faisant aider pour ce qui concerne les données techniques.

RECOMMANDATIONS

Ne considérez pas et ne renseignez pas ce questionnaire comme « un questionnaire de plus » ; pensez plutôt qu'il s'agit d'un dialogue qui a pour but de mieux cerner les circonstances de votre accident et d'améliorer la prévention des accidents de plongée sous-marine autonome de loisir.

Ne tardez pas pour remplir ce questionnaire : faites-le le plus tôt possible au décours de votre accident alors que les circonstances sont encore présentes à votre esprit.

L'interprétation des informations et leur analyse dépend de la qualité des réponses fournies et de votre sincérité.

Prenez donc soin de :

- lire l'ensemble du questionnaire avant de commencer à répondre,
- remplir aussi exactement que possible ce questionnaire en renseignant toutes les rubriques vierges ou en cochant les cases des réponses exactes,
- ne faire état que de données certaines : si vous ne pouvez pas répondre avec certitude à certaines questions, dites-le.

Pour éviter tout doublon et éventuellement pour nous permettre de vous écrire, nous vous demandons de bien vouloir remplir aussi précisément que possible les données d'identification ; les renseignements concernant votre identité seront anonymisés lors de la saisie informatique par l'attribution d'un numéro de dossier : le fichier n'est pas nominatif.

Si vous ne souhaitez pas nous communiquer ces renseignements nominatifs, inscrivez les 3 premières lettres de vos nom et prénom ainsi que votre date de naissance. Procédez de même si vous ne voulez pas être identifié dans l'hypothèse où ce qui a conduit à l'accident est inavouable, voire totalement absurde... Ces profils aussi nous intéressent !

Ce document est à réexpédier au coordonnateur de l'enquête à l'adresse suivante :

**Docteur B. GRANDJEAN
Service de Médecine Hyperbare
Centre hospitalier « La Miséricorde »
Avenue Impératrice Eugénie
20184 AJACCIO**

LIEU OU L'ACCIDENTE A ETE TRAITE :

Hôpital : Ville :
 Clinique : Ville :
 Autre (précisez) :
 Médecin ayant pris en charge l'accidenté : Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

MEDECIN TRAITANT HABITUEL :

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENTE

IDENTIFICATION :

Nom : Prénom : Sexe : M - F
 Date de naissance : / / Age :..... Taille :.....m Poids :.....kg
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Profession : Tél. : Fax :

EXPERIENCE DE LA PLONGEE :

Niveau technique reconnu : Nombre d'années de plongée :
 Nombre de plongées effectuées dans les 12 derniers mois :

ANTECEDENTS :

- Médicaux Diagnostic (+ année)
- Chirurgicaux Diagnostic (+ année)
- D'accident de plongée si oui : diagnostic + année

TRAITEMENT EN COURS :

Si oui précisez lequel et pourquoi :

ETAT GENERAL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Fatigue par :
 — voyage longue distance dans les 24h précédentes
 — manque de sommeil
 — autre :

LA PLONGEE EN CAUSE

Date de l'accident : / / Plongée en club Lieu de la plongée (département) :
 Plongée :

Baptême D'exploration D'exercice « Teck »
 En mer En lac En fosse Spéléo

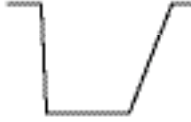



si plongée d'exercice, nature de l'exercice :

si plongée « teck », composition du mélange respiré :

CHRONOLOGIE DES PLONGÉES DES DERNIÈRES 24 H
 (la plongée N° 3 étant la plus récente)

	Plongée N°1	Plongée N°2	Plongée N°3						
	Intervalle de surface	Intervalle de surface							
	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Durée des paliers en mn	3 m	3 m	<input type="text"/> 3 m						
	6 m	6 m	<input type="text"/> 6 m						
	9 m	9 m	<input type="text"/> 9 m						
Profondeur max et durée à cette profondeur max	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Profondeur d'évolution et durée à cette profondeur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Durée totale de la plongée	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
			Plongée donnant lieu à l'accident						
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Heure départ surface</td> <td style="text-align: center;">Départ départ fond</td> <td style="text-align: center;">Heure de sortie</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Heure départ surface	Départ départ fond	Heure de sortie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heure départ surface	Départ départ fond	Heure de sortie							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							

PROFIL DE LA PLONGÉE AYANT CAUSÉ L'ACCIDENT

Plongée "carrée" <input type="checkbox"/> 	Plongée multi-niveaux		
Profil normal <input type="checkbox"/> 	Profil inversé <input type="checkbox"/> 	Type "yoyo" <input type="checkbox"/> 	

NATURE DES PREMIERS SIGNES :

Troubles du comportement Du langage Auditif Visuel
 Perte de connaissance Convulsions Coma
 Sensation d'engourdissement localisation : _____
 Sensation de fourmillement localisation : _____
 Diminution/absence de force localisation : _____
 Diminution/absence de la sensibilité localisation : _____
 Douleurs articulaires : localisation : _____
 Douleurs rétro-sternales Abdominales Rachidiennes
 Autres douleurs description: _____
 Nausées/Vomissements Vertiges
 Difficultés/impossibilité à tenir debout par trouble de l'équilibre
 Respiration difficile Oppression thoracique Crachats de sang
 Céphalées Fatigue Troubles urinaire
 Autres signes Description : _____

DISPOSITIONS DE SAUVEGARDE

Réimmersion thérapeutique si oui, à l'air A l'oxygène
 si oui, profondeur : _____ temps : _____
 résultat : _____

Gestes de secourisme sur place
 — si oui, de quelle nature : Oxygène Débit :l/mn. Durée :minutes
 Aspirine Dose :mg. Boisson volumeL.
 Autre : _____
 — si oui, mise en oeuvre à : ou délai/heure de sortie de l'eau :

Evolution des signes après ces gestes et avant la prise en charge par les secours médicaux :

Régression totale Amélioration Etat stationnaire
 Aggravation précisez : _____

PRISE EN CHARGE MEDICALE

Médicalisation sur les lieux de l'accident
 si oui, de quelle nature : Oxygène durée :, débit : Perfusion
Evacuation sanitaire : Médicalisée Par voie aérienne

Evolution des signes pendant le transport et avant l'admission à l'hôpital :

Régression totale Amélioration Etat stationnaire
 Aggravation précisez : _____

DIAGNOSTIC EVOQUE A L'HOPITAL :

— Accident de décompression

- Neurologique médullaire
- Neurologique cérébral
- Labyrinthique
- Myo-ostéo-articulaire

— Accident de surpression pulmonaire

- Pulmonaire pur
- Neurologique
- Pulmonaire et Neurologique

— Barotraumatisme de l'oreille moyenne avec atteinte de l'oreille interne — Début de noyade **TRAITEMENT HOSPITALIER :**

— Type de table de recompression thérapeutique réalisée en urgence :

à défaut, pression maximale de recompression : ATA ; durée de la table :

— Jugement du résultat après cette 1ère recompression :

Guérison complète Amélioration mais symptômes résiduels Echec (état stationnaire, voire aggravation) — Séances d'OHB complémentaire Nombre de séances :

— Durée d'hospitalisation :

— Bilan des résultats en fin d'hospitalisation :

Guérison complète Amélioration mais symptômes résiduels Echec (état stationnaire, voire aggravation)

Les symptômes présentés à la sortie de l'hôpital :

• sont de nature handicapante ou invalidante • n'entraînent pas de gêne dans la vie courante, professionnelle ou de loisir **ANALYSE DES DELAIS****Par rapport à l'heure d'apparition des premiers signes :****Délai de mise en alerte des secours :**Ce délai vous paraît-il normal

si non, pour quelle(s) raison(s) ? :

Délai pour regagner la côte Absence de VHF

Signes initiaux non pris en considération :

Par l'accidenté lui-même Par l'encadrement Ignorance des signes des accidents de plongée

- Autre :

Délai d'admission à l'hôpital :Y a-t-il eu retard d'hospitalisation

• si oui, en raison des :

- Délais de mise en alerte
- Délai de prise en charge SMUR, SAMU, Pompiers
- Délai de transport vers le service receveur
- Autre(s) raison(s) précisez :

Délai de mise en oeuvre de la recompression thérapeutique :D'après vous, y a-t-il eu retard dans la mise en oeuvre de la recompression

• si oui :

- Par mise en observation préalable
- Par mise en oeuvre d'examens diagnostiques
- Autre(s) raison(s) précisez :

CONCLUSIONS

D'après vous l'accident est de cause :

Humaine Matérielle Indéterminée

Quels ont-été les problèmes rencontrés et quelles sont vos observations ? :

DATE DE REPONSE : / /