

## Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

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) :

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) : \_\_\_\_\_

\*date approximative

**A l'effort et / ou dans l'eau, avez vous déjà ressenti :**

malaise ou perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	trouble visuel ou impression de "trou noir"	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
palpitations	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	céphalées (maux de tête)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	vomissements ou douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	difficultés de récupération	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
toux anormale	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		

**Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :**

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

\*date approximative