

Fiche d'examen médical d'absence de contre indication à la pratique d'activités subaquatiques

Document à donner au médecin sans le remplir

NOM:	Prénom:	Age :
Niveau de plongée / de pratique :		Compétition : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
Antécédents médicaux :		Antécédents chirurgicaux :
Antécédents familiaux :		Traitements en cours :
Allergies : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		
Plaintes ce jour :		Symptomatologie d'effort :

Taille :	Poids :	Croissance normale pour l'âge : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
Anomalies métaboliques : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		Facteurs de risques CV :
Auscultation cardiaque normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		Auscultation pulmonaire normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
TA repos :	Pouls périphériques <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Etat veineux normal : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
FC repos :	Souffle artériel <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	
ECG : <i>recommandé lors de la 1ère visite, tous les 3 ans de 12 à 35 ans, à chaque visite après 35 ans et/ou selon signes d'appel</i>		
rythme :	FC :	axe : PR :
aspect QRS :	QT :	QTc :
repolarisation :	indice de Sokolow :	
Bilan cardiologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non <i>recommandé chez les sujets :</i> <i>. présentant des facteurs de risque péjoratif :</i> <i>les obèses (IMC > 30), les hypertendus et les diabétiques</i> <i>. présentant l'association d'au moins 2 FR parmi :</i> <i>- âge > 40 ans (hommes) ou 50 ans (femmes)</i> <i>- tabagisme actif ou sévère depuis moins de 5 ans</i> <i>- dyslipidémie (LDL cholestérol > 1,5 g/L</i> <i>- hérédité cardiovasculaire chez un ascendant du premier degré</i>		Bilan pneumologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non <i>recommandé chez les sujets présentant des signes fonctionnels respiratoires,</i> <i>en cas d'antécédent (notamment pour la plongée en scaphandre)</i>

Anomalie(s) cardio respiratoire(s):

ORL	otoscopie normale : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Valsalva / équilibrage normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
audition normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	équilibre normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	anomalie :
Acuité visuelle :	sans correction : œil droit :	œil gauche :
	avec correction : œil droit :	œil gauche :
Appareil locomoteur normal	mb inférieurs : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	mb supérieurs : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
Rachis : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	<i>(en particulier jeunes, pratique NAP, hockey sub et orientation sub)</i>	
Etat bucco-dentaire : <input type="checkbox"/> bon - <input type="checkbox"/> moyen - <input type="checkbox"/> mauvais - <input type="checkbox"/> prothèse		
Psychisme normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Remarques :	
Examen neurologique normal : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		
Etat cutané :		
Autres :		

Conclusion (et signature médecin) :

Examens complémentaires / avis spécialisés à prévoir :
Demande d'évaluation par médecin de plongée (*pour adaptation des conditions de pratique*) : oui - non

Contre-indication : oui - non si oui : CI temporaire - définitive

Restrictions : Justification, remarques :

Date de l'examen :