



EXAMEN MEDICAL

NOM _____ ÂGE _____ SEXE _____

ADRESSE _____ VILLE _____ CODE POSTAL _____

EMPLOI _____ TÉL. (DOMICILE) _____

TAILLE _____ mètres POIDS _____ kilos

Au médecin :

Cette personne se présente à un cours de formation en plongée sous-marine. La plongée est une activité qui, de plusieurs façons, soumet l'individu à un stress inusité. On vous demande votre opinion médicale sur l'état de santé du (de la) candidat(e). La plongée exige beaucoup d'effort physique. Le plongeur ne doit pas souffrir de maladies cardiovasculaires ni respiratoires. Une exigence « sine qua non » est de pouvoir équilibrer la pression de l'oreille moyenne et des sinus. Le (la) candidat(e) se verra disqualifié(e) par quelque état qui pourrait le moindrement engendrer l'évanouissement.

Vous remarquerez que la formule d'examen médical offre deux choix sous la rubrique IMPRESSION. Si vous jugez que faire de la plongée n'est pas tout à l'avantage de cette personne, veuillez s'il vous plaît en discuter ouvertement avec elle. Si elle soutient vouloir plonger et s'il n'existe aucune menace concrète à sa vie et à sa santé, on gardera ceci en ligne de compte avec l'entente expresse que vous avez expliqué au (à la) candidat(e) pourquoi vous ne le (la) croyez pas pleinement autorisé(e) et que néanmoins il(elle) accepte la responsabilité de s'engager dans le cours.

Si vous avez quelque question que ce soit, veuillez communiquer avec : _____

Nom, adresse, tél. du Moniteur : _____

Commentaires du médecin (Voir le verso pour le dossier médical) : _____

N.B. : LE MÉDECIN DOIT REMETTRE CE FORMULAIRE AU CANDIDAT (À LA CANDIDATE)

- IMPRESSION :
1. AUTORISATION. (Je ne trouve aucune condition que je considère incompatible à la plongée)
 2. REFUS D'AUTORISATION. (Ce, cette candidat(e) possède des dispositions qui d'après moi, constituent clairement des dangers inacceptables pour sa santé et sa sécurité en plongée).

Date _____ Signature _____ M.D.

Adresse _____ Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____

Tél. : _____

DOSSIER MÉDICAL

Avant l'examen du médecin, remplir cette feuille au complet ainsi que la partie supérieure au verso.
Soyez prêt(e) à discuter de quelque problème ou anomalie que ce soit avec votre médecin.

Cochez à l'endroit approprié si un ou plusieurs des cas suivants vous touchent et expliquez chaque point à la rubrique « Remarques » qui suit en l'identifiant par son numéro.

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Plongée antérieure | 15. Problèmes de sinus | 31. Toux persistante |
| 2. Participation à des sports
mouvementés | 16. Mal des transports | 32. Difficulté à respirer |
| 3. Électrocardiogramme | 17. Claustrophobie | 33. Fumeur(euse) |
| 4. Problèmes mentaux/émotifs | 18. Dépression nerveuse | 34. Diabète |
| 5. Opération/maladie | 19. Lunettes/verres de contact | 35. Douleur poitrine |
| 6. Hospitalisé | 20. Problèmes auditifs | 36. Emploi de drogues/stupéfiants |
| 7. Blessure grave | 21. Boissons alcooliques | 37. Plus de 40 ans |
| 8. Défaut physique | 22. Prothèse dentaires | 38. Enceinte |
| 9. Médicaments constants | 23. Difficulté d'équilibrer la pression | 39. Emploi de tranquillisants |
| 10. Allergies (médicaments inclus) | 24. Étourdissement/évanouissement | 40. Bronchite |
| 11. Rhumes/maux de gorge fréquents | 25. Épilepsie | 41. Haute pression artérielle |
| 12. Maux de tête sévères ou fréquents | 26. Troubles cardiaques | 42. Tout autre problème médical non
mentionné |
| 13. Exclut de quelque activité que ce
soit pour des raisons médicales | 27. Problèmes d'oreille | 43. Usage de pilule anticonceptionnelle |
| 14. Fièvre des foies | 28. Asthme | |
| | 29. Tuberculose | |
| | 30. Problèmes respiratoires | |

REMARQUES : (dactylo ou lettres moulées S.V.P.) _____

Groupe sanguin : _____

Dates : (Dernier examen médical) _____

Radiographie des poumons : _____

Signature du (de la) candidat(e) _____ Date _____

SI CETTE PERSONNE EST MINEURE, LES DEUX PARENTS OU TUTEURS DOIVENT SIGNER CE FORMULAIRE

Signature du père/tuteur _____ Date _____

Signature de la mère/tutrice _____ Date _____

Nom légal (pour l'attestation ou les dossiers) _____

Adresse : _____ Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____

Date de naissance : _____ Age _____

Sexe : _____ Tél. (domicile) _____

Cours auquel se fait l'inscription : _____

Endroit : _____

En cas d'urgence, communiquez avec : _____

Nom : _____ Parenté : _____ Tél. : _____

Médecin : _____ Tél. (jour) : _____ Tél. (soir) : _____

Numéro d'assurance maladie : _____