

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(pour la pratique de l'apnée sportive)

## 1- PARTIE À REMPLIR PAR LE (LA) REQUÉRANT(E)

(Tous les champs sont à remplir obligatoirement : **validité de septembre 2020 à septembre 2021**)

Prénom, Nom: \_\_\_\_\_

Âge (ans): \_\_\_\_\_ Sexe (H/F): \_\_\_\_\_ Taille (cm): \_\_\_\_\_ Poids (kg): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville, région: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Adresse courriel: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence: \_\_\_\_\_

Tél (maison): \_\_\_\_\_ Tél (travail): \_\_\_\_\_

### AVERTISSEMENT !

L'apnée sportive est une activité subaquatique qui peut être exigeante physiquement. De par sa nature, l'apnée sportive comporte également des risques de blessures liés aux circonstances de l'environnement physique. Le non-respect des règles de sécurité relatives à cette activité augmente considérablement les risques de blessures graves pouvant même entraîner la mort.

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Le but du questionnaire médical (page 2) est de déterminer si vous avez une contre-indication à la pratique de l'apnée sportive. Une réponse positive à une question ne signifie pas nécessairement une inaptitude à la pratique de l'apnée sportive.

Si vous avez répondu OUI à au moins une question ou si vous êtes âgé de 40 ans et plus, **l'avis d'un médecin est requis** (le formulaire à remplir par le médecin se trouve en page 3/3).

Finalement, notez que dans tous les cas, une visite médicale régulière est souhaitable.

Veillez répondre par OUI ou NON aux questions relatives à votre état de santé en cochant dans la colonne appropriée. Si vous n'êtes pas sûr, répondez OUI.

| <b>Général</b>   | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
|--|------------|------------|
| Êtes-vous enceinte ou envisagez-vous de le devenir?  |            |            |
| Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits ou non? (Excepté contraceptif)   |            |            |
| Êtes-vous un fumeur régulier?  |            |            |
| Avez-vous un taux élevé de cholestérol?  |            |            |
| Votre famille a-t-elle des antécédents de problèmes de santé?  |            |            |
| <b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert de:</b>   |            |            |
| Asthme, respiration sifflante?   |            |            |
| Fièvres élevées, fréquentes ou allergies?  |            |            |
| Sinusites ou bronchites, fréquentes ou chroniques?   |            |            |
| Problème pulmonaire, pneumothorax ou intervention chirurgicale à la poitrine?  |            |            |
| Claustrophobie ou agoraphobie?   |            |            |
| Épilepsie, convulsion?   |            |            |
| Migraines chroniques ou fréquentes?  |            |            |
| Coma, syncope ou perte de connaissance?  |            |            |
| Troubles fréquents dus aux transports?   |            |            |
| Accident de plongée ou maladie de décompression?   |            |            |
| Problèmes dorsaux fréquents, intervention chirurgicale dorsale?  |            |            |
| Diabète ?  |            |            |
| Problème causé par une opération chirurgicale?   |            |            |
| Problème cardiaque, hypertension, crise ou infarctus du myocarde, angine de poitrine, intervention chirurgicale au cœur ou aux vaisseaux sanguins? |            |            |
| Problème lié aux oreilles ou aux sinus, intervention chirurgicale, perte d'équilibre, surdité?   |            |            |
| Hémorragie ou problème veineux?  |            |            |
| Ulcère ou opération d'ulcère?  |            |            |
| Maladie d'estomac ou affection intestinale?  |            |            |
| Abus d'alcool ou drogue?   |            |            |
| Tout autre problème médical non mentionné?   |            |            |

Je, le requérant ou la requérante, déclare que les indications mentionnées à la page 1 et à la page 2 sont exactes et que j'ai de façon claire compris les risques auxquels je m'expose en pratiquant l'apnée sportive.

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Si le requérant est âgé ou la requérante est âgée de moins de 18 ans révolus, la signature d'un tuteur légal est requise.

Prénom, Nom : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature du tuteur: \_\_\_\_\_

## 2 - PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Le requérant ou la requérante souhaite pratiquer l'apnée sportive, c'est-à-dire l'immersion subaquatique sans équipement respiratoire, immobile ou en mouvement, à profondeur variable.

Outre les contre-indications usuelles à la pratique d'un sport subaquatique, le requérant ou la requérante ne doit pas souffrir de maladie cardiovasculaire ni respiratoire ni souffrir de trouble O.R.L. permanent qui l'empêcheraient d'équilibrer la pression de l'oreille moyenne et des sinus.

D'autre part, le requérant ne doit pas être affecté ou la requérante ne doit pas être affectée d'une maladie qui serait susceptible d'engendrer des évanouissements.

Dans le cas d'un avis défavorable, veuillez s'il vous plait expliquer au requérant ou à la requérante pourquoi vous jugez que la pratique de l'apnée sportive lui est contre-indiquée.

### AVIS:

FAVORABLE

(Je ne trouve aucune contre-indication à la pratique de la plongée en apnée sportive)

DÉFAVORABLE

(J'ai relevé des dispositions qui, d'après moi, exposent le (la) requérant(e) à des dangers inacceptables lors de la pratique de la plongée en apnée sportive).

### REMARQUES:

Médecin (Prénom, Nom): \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville, région: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature du médecin: \_\_\_\_\_