

Déclaration médicale

Au participant:

Vous devez remplir cette déclaration médicale, qui comprend la section d'information sur les antécédents médicaux, avant de bénéficier de tout service de plongée récréative en scaphandre autonome. Son but est de vous informer si vous devez être examiné par un médecin avant de participer à une formation de plongée récréative. Si l'une de ces conditions s'applique à vous, cela ne vous disqualifie pas nécessairement. Cela signifie seulement que pour votre propre sécurité, vous devez demander l'avis d'un médecin avant de participer à la plongée récréative. Veuillez reconnaître que vous avez lu et compris les informations fournies ci-dessous en paraphant chaque point individuel.

1. VOUS DEVEZ CONSULTER UN MÉDECIN SI :	OUI	NON	Initiales
Vous êtes enceinte ou vous pensez l'être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous prenez régulièrement des médicaments (à l'exception des contraceptifs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous êtes âgé(e) de plus de 45 ans et l'un des cas suivants s'applique:			
Vous fumez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous avez un taux de cholestérol élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. VOUS DEVEZ CONSULTER UN MÉDECIN SI VOUS AVEZ DÉJÀ EU:	OUI	NON	Initiales
Asthme, ou respiration sifflante lors de la respiration ou de l'exercice physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toute forme de maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumothorax (collapsus pulmonaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents de chirurgie thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Claustrophobie ou agoraphobie (peur des espaces fermés ou ouverts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie, convulsions, convulsions ou prise de médicaments pour les prévenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents de pertes de connaissance ou d'évanouissement (perte de conscience totale/partielle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents d'accidents de plongée ou d'accidents de décompression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents de diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents d'hypertension artérielle ou prise de médicaments pour la contrôler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents de maladies cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents de maladie de l'oreille, de perte auditive ou de problèmes d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents de thrombose ou de coagulation sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Je suis informé qu'il n'est pas possible de plonger si je souffre de ce qui suit:			Initiales
Rhume, sinusite ou problèmes respiratoires (par exemple, bronchite, rhume des foins)			
Migraine ou maux de tête aigus			
Tout type d'intervention chirurgicale au cours des 6 dernières semaines			
Sous l'influence de l'alcool, de drogues ou de médicaments affectant la capacité à réagir			
Fièvre, vertiges, nausées, vomissements et diarrhée			
Problèmes d'égalisation			
Ulcères gastriques aigus			
Grossesse			

Nom.....
 Adresse.....

 Date de naissance.....

Je confirme que les réponses aux questions ci-dessus sont véridiques et complètes.

Signature.....Date.....

Consentement des parents/tuteurs lorsque le participant est mineur:

Nom du parent/tuteur ** supprimer le cas échéant
 Adresse.....

Signature.....Date.....

La présente déclaration est valable un an à compter de la date de signature.