



DÉCLARATION MÉDICALE

Registre du participant (Information confidentielle)

Prière de lire attentivement avant de signer.

Cette déclaration vous informe de certains risques potentiels associés à la plongée sous-marine, et de la conduite à laquelle vous êtes tenu(e) pendant le programme de formation en plongée. Cette déclaration doit être signée pour vous permettre de participer au programme de formation en plongée donné

par L'équipe de professionnels de Plongée XL et
Instructeur

PLONGÉE XL situé dans la
établissement

ville de VICTORIAVILLE et la province de QUÉBEC.

Veillez lire cette déclaration avant de la signer. Cette déclaration médicale doit être remplie, y compris la section ayant trait aux antécédents médicaux, pour pouvoir s'inscrire au programme de formation en plongée. Les mineurs doivent faire signer cette déclaration par un parent ou tuteur.

La plongée est une activité passionnante et exigeante. Exécutée correctement, en utilisant les techniques adéquates, elle est relativement sûre. Par contre, lorsque les consignes de sécurité établies ne sont pas respectées, des dangers peuvent survenir.

Pour plonger en toute sécurité, vous ne devez être ni obèse ni en mauvaise forme physique. Dans certaines conditions, la plongée peut être ardue. Les systèmes respiratoire et cardio-vasculaire ne doivent pas être atteints. Toutes les cavités aériennes du corps doivent être normales et saines. Une personne atteinte de problèmes cardiaques, actuellement enrhumée ou congestionnée, ou souffrant d'épilepsie, d'asthme, d'un problème médical grave ou sous l'influence d'alcool ou drogues ne devrait pas plonger. Si vous souffrez d'asthme, de problèmes cardiaques, de toute autre condition médicale chronique et si vous prenez des médicaments, consultez votre médecin et l'instructeur avant de participer à ce programme et régulièrement par la suite après l'avoir complété. Vous êtes également tenu(e) d'apprendre par votre instructeur les importantes consignes de sécurité concernant la respiration et l'équilibrage des oreilles pendant la plongée. Un usage inadéquat de l'équipement de plongée peut entraîner des blessures graves. Une formation détaillée quant à son usage sous la supervision directe d'un instructeur qualifié est nécessaire pour pouvoir l'utiliser sans danger.

En cas de questions ayant trait à cette déclaration médicale ou la section relative aux antécédents médicaux, passez-les en revue avec votre instructeur avant de la signer.

Antécédents Médicaux

À l'usage du participant :

Le but de ce questionnaire médical est de découvrir si un examen par votre médecin est nécessaire avant la participation à un cours de plongée de loisirs. Une réponse positive à une question ne vous exclut pas nécessairement de la plongée. Une réponse positive indique la présence d'un trouble médical préexistant qui peut s'avérer dangereux pendant la plongée, et que l'avis de votre médecin est nécessaire avant de participer à toute activité de plongée.

Veillez répondre aux questions suivantes sur votre situation médicale passée ou présente par **OUI** ou par **NON**. Si vous n'êtes pas sûr(e), répondez par **OUI**. En cas de réponse positive à l'une de ces questions, nous nous voyons obligés de demander que vous consultiez un médecin avant de plonger. Votre instructeur vous fournira une déclaration médicale PADI et les directives pour l'examen physique d'un plongeur de loisirs à remettre à votre médecin.

- Êtes-vous enceinte ou tentez-vous actuellement de concevoir ?
- Prenez-vous régulièrement des médicaments sur ordonnance ? (à l'exception des contraceptifs et des médicaments antipaludiques)
- Avez-vous plus de 45 ans et remplissez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes ?
- fumeur de pipe, cigares ou cigarettes
 - taux de cholestérol élevé
 - antécédent familial de crises cardiaques ou attaques
 - actuellement sous traitement médical
 - hypertension artérielle
 - diabète, même si contrôlé par un régime uniquement

- Souffrez-vous fréquemment de mal de mouvements (mal de mer, mal de la route, etc.) ?
- Dysenterie ou déshydratation exigeant une intervention médicale ?
- Accidents de plongée ou mal de décompression ?
- Incapacité de faire un effort physique modéré (marcher 1,6 km en 12 minutes) ?
- Blessure à la tête avec perte de connaissance dans les cinq dernières années ?
- Problèmes de dos périodiques ?
- Opération au dos ou à la colonne vertébrale ?
- Diabète
- Problèmes de dos, bras ou jambe à la suite d'une opération, blessure ou fracture ?
- Maladie de cœur ?
- Crise cardiaque ?
- Opération pour angine de poitrine, du cœur ou des vaisseaux sanguins ?
- Opération aux sinus ?
- Maladie ou opération des oreilles, surdité ou problèmes d'équilibre ?
- Problèmes d'oreilles récurrents ?
- Saignements ou autres troubles liés au sang ?
- Hernie ?
- Ulcère ou opération d'un ulcère ?
- Colostomie ou iléostomie ?
- Utilisation de drogues (ou traitement à cet effet) ou abus d'alcool au cours des cinq dernières années ?

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de...

- Asthme, respiration sifflante ou sifflement pendant le sport ?
- Crises fréquentes ou graves de rhume des foins ou d'allergie ?
- Rhumes, sinusites ou bronchites fréquents ?
- Une maladie des poumons quelconque ?
- Pneumothorax (affaïssement du poumon) ?
- Autre maladie de poitrine ou opération à la poitrine ?
- Problèmes de santé comportementale, problèmes mentaux ou psychologiques (crise de panique, peur des espaces fermés ou ouverts) ?
- Épilepsie, crises, convulsions, ou prenez-vous des médicaments pour les prévenir ?
- Migraines périodiques, ou prenez-vous des médicaments pour les prévenir ?
- Étourdissements ou évanouissements (perte de conscience complète ou partielle) ?

À ma connaissance, les informations fournies sur mes antécédents médicaux sont exactes. J'accepte toute responsabilité quant aux omissions concernant mon manque à divulguer tout état de santé actuel ou passé.

Signature du participant

Date (jour/mois/année)

Signature du parent ou tuteur légal (le cas échéant)

Date (jour/mois/année)

ÉTUDIANT

Veillez écrire lisiblement.

Nom _____ Date de naissance _____ Âge _____
Prénom Nom de famille jour/mois/année

Adresse _____

Ville _____ État/Province _____

Pays _____ Code postal _____

Téléphone privé () _____ Téléphone professionnel () _____

E-mail _____ Télécopieur _____

Nom et adresse du médecin de premier recours

Médecin _____ Clinique/Hôpital _____

Adresse _____

Date du dernier examen médical _____

Nom de l'examineur _____ Clinique/Hôpital _____

Adresse _____

Téléphone () _____ E-mail _____

Avez-vous jamais été requis de passer un examen médical pour plonger ? Oui Non Si oui, quand ? _____

MÉDECIN

Cette personne a rempli une application pour l'entraînement ou est actuellement certifiée pour se livrer à la plongée sportive sous-marine (avec un appareil de respiration sous l'eau autonome). Votre opinion au sujet de l'aptitude médicale du candidat est requise. Veuillez consulter les Directives ci-jointes pour votre information et référence.

Impression du médecin

Je ne trouve aucune condition médicale que je considère incompatible avec la plongée.

A mon avis, cet individu n'est pas apte à plonger.

Remarques _____

Signature du médecin ou du représentant légal du médecin Date jour/mois/année

Nom du médecin _____ Clinique/Hôpital _____

Adresse _____

Téléphone () _____ E-mail _____