



APTITUDE MEDICALE - DECLARATION DU CANDIDAT

(Informations confidentielles)

Prière de lire attentivement avant de signer.

Ceci est une déclaration vous informant des risques potentiels inhérents à la pratique de la plongée en scaphandre et de la conduite à tenir pendant votre formation de plongée. Votre signature sur ce formulaire est nécessaire pour valider votre participation au programme de plongée proposé par:

Nom de l'instructeur _____

Nom du centre de plongée _____

Situé à (ville/pays) _____

Veillez lire ce formulaire avant de la signer. Vous devez compléter ce formulaire d'Examen Médicale, y compris le questionnaire sur les antécédents médicaux, pour vous inscrire au programme de formation de plongée. Si vous êtes mineur, la signature des parents ou tuteur est obligatoire.

La plongée est un sport captivant, physiquement éprouvant. Lorsqu'elle est réalisée correctement et en utilisant les techniques appropriées, la plongée est un sport relativement sûr. La plongée peut comporter des risques supplémentaires si les procédures de sécurité établies ne sont pas respectées. Pour pratiquer la plongée en sécurité, vous êtes en

Questionnaire d'antécédents médicaux

Pour le plongeur: Le but de ce Questionnaire Médical est de déterminer s'il est nécessaire de consulter un médecin avant de participer à une formation de plongée loisir. Une réponse positive à une question ne signifie pas nécessairement une inaptitude à la pratique de la plongée. Une réponse positive à l'une ou plusieurs des questions ci-dessous indique l'existence d'une condition pouvant affecter votre sécurité pendant la pratique de la

- _____ Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous de l'être?
- _____ Êtes-vous actuellement sous traitement médical? (exceptés contraceptifs et traitement pour la malaria).
- _____ Êtes-vous âgé de plus de 45 ans et pouvez-vous répondre OUI à l'un ou plusieurs des points suivants?
 - Vous fumez régulièrement pipe, cigares ou cigarettes
 - Vous avez un taux élevé de cholestérol
 - Vous avez des antécédents familiaux de problèmes cardiaques ou infarctus
 - Vous êtes actuellement sous traitement médical
 - Vous avez une tension artérielle élevée
 - Vous avez du diabète, même si contrôlé uniquement par un régime

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

- _____ Asthme, respiration difficile lors d'exercices ou non?
- _____ Crises fréquentes ou importantes de rhume des foins ou d'allergies?
- _____ Rhumes, sinusites ou bronchites fréquents ?
- _____ Problèmes pulmonaires?
- _____ Pneumothorax?
- _____ Autre maladie ou intervention chirurgicale de la cage thoracique?
- _____ Claustrophobie ou agoraphobie, problèmes mentaux ou psychologiques (crises de paniques, peur des espaces clos ou du vide)?
- _____ Épilepsie, convulsions ou prise de médicaments en prévention?
- _____ Migraines sévères chroniques à répétition ou prise de médicaments en prévention?

bonne condition physique et ne pas avoir de surcharge pondérable. La plongée peut, dans certaines circonstances, demander des efforts importants. Vos systèmes respiratoire et circulatoire doivent être sains. Vos espaces aériques doivent être normaux et sains. Une personne souffrant de maladie coronarienne, d'épilepsie, d'un rhume ou de congestion, de problèmes médicaux sérieux, ou qui est sous l'influence de l'alcool ou de la drogue ne doit pas plonger. Si vous avez de l'asthme, des troubles cardiaques ou autres maladie chroniques ou si vous prenez régulièrement des médicaments, vous devez consulter votre médecin et votre instructeur avant de participer à ce programme. Consultez-les également de façon régulière par la suite. Votre instructeur vous apprendra également les règles importantes de sécurité relatives à la respiration et à la compensation des espaces aérique pendant la plongée. Une utilisation inadéquate d'un équipement de plongée en scaphandre peut occasionner des blessures graves. Vous devez donc avoir suivi une formation complète sous la supervision d'un instructeur pour pouvoir utiliser un tel équipement de manière correcte et sûre. Si vous avez d'autres questions concernant cette Déclaration Médicale ou le Questionnaire des antécédents médicaux, veuillez en discuter avec votre instructeur avant de signer.

plongée et que l'avis du médecin est requis avant de participer aux activités de plongée. Veuillez s.v.p. répondre aux questions suivantes sur votre passé ou présent médical, par **OUI** ou par **NON**. Si vous n'êtes pas sûr, répondez par **OUI**. Si une réponse positive à l'un de ces points s'applique à vous, nous vous demandons de consulter un médecin avant de prendre part à la plongée en scaphandre. Le formulaire "Examen médical" à l'attention du médecin se trouve au verso.

- _____ Coma, syncope (perte de connaissance complète ou partielle)?
- _____ Souffrez-vous régulièrement de mal des transports (voiture, mal de mer, etc.)?
- _____ Dysenterie ou déshydratation exigeant une intervention médicale?
- _____ Accident de plongée ou maladie de décompression?
- _____ Incapacité à réaliser des exercices modérés (exemple: promenade de 1,6 Km/1Mile en 12 min)?
- _____ Blessure à la tête avec perte de connaissance durant les 5 dernières années?
- _____ Problèmes dorsaux fréquents ?
- _____ Intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale?
- _____ Diabète?
- _____ Problèmes suite à une opération chirurgicale, blessure ou fracture du dos, bras, jambes?
- _____ Hypertension ou prise de médicaments en prévention?
- _____ Problèmes cardiaques?
- _____ Crise cardiaque ou infarctus du myocarde?
- _____ Angine de poitrine / intervention chirurgicale du cœur ou des vaisseaux sanguins?
- _____ Interventions chirurgicales des sinus?
- _____ Interventions chirurgicales ou maladies des oreilles?
- _____ Perte d'équilibre, surdité ou problèmes d'oreilles?
- _____ Hémorragies ou troubles sanguins?
- _____ Hernies?
- _____ Ulcères ou opération d'ulcères?
- _____ Colostomie ou iléostomie?
- _____ Prise de drogue ou traitement pour drogue ou abus d'alcool durant les cinq dernières années

Les informations fournies sur mes antécédents médicaux sont, à ma connaissance, exactes. Je reconnais admettre ma responsabilité pour tout manquement à déclarer mon état de santé passé ou présent.

Signature _____

Date _____

Signature des parents ou tuteurs si nécessaire _____

Date _____



MEDICAL STATEMENT

Participant Record (Confidential Information)

Please read carefully before signing.

This is a statement in which you are informed of some potential risks involved in scuba diving and of the conduct required of you during the scuba training program. Your signature on this statement is required for you to participate in the scuba training program offered.

Instructor's name _____

Dive center _____

City of _____, Province of _____

Read this statement prior to signing it. You must complete this Medical Statement, which includes the medical questionnaire section, to enrol in the scuba training program. If you are a minor, you must have this Statement signed by a parent or guardian. Diving is an exciting and demanding activity. When performed correctly, applying correct techniques, it is relatively safe. When established safety procedures are not followed, however, there are increased risks.

Divers Medical Questionnaire

To the Participant: The purpose of this Medical Questionnaire is to find out if you should be examined by your doctor before participating in recreational diver training. A positive response to a question does not necessarily disqualify you from diving. A positive response means that there is a pre-existing condition that may affect your safety while diving and you must seek the advice of your physician prior to engaging in dive activities.

- _____ Could you be pregnant, or are you attempting to become pregnant?
- _____ Are you presently taking prescription medications? (with the exception of birth control or anti-malarial)
- _____ Are you over 45 years of age and can answer YES to one or more of the following?
 - Currently smoke a pipe, cigars or cigarettes
 - Have a high cholesterol level
 - Have a family history of heart attack or stroke
 - Are currently receiving medical care
 - High blood pressure
 - Diabetes mellitus, even if controlled by diet alone

Have you ever had or do you currently have...

- _____ Asthma, or wheezing with breathing, or wheezing with exercise?
- _____ Frequent or severe attacks of hay fever or allergy?
- _____ Frequent colds, sinusitis or bronchitis?
- _____ Any form of lung disease?
- _____ Pneumothorax (collapsed lung)?
- _____ Other chest disease or chest surgery?
- _____ Behavioural health, mental or psychological problems (Panic attack, fear of closed or open spaces)?
- _____ Epilepsy, seizures, convulsions or take medications to prevent them?
- _____ Recurring complicated migraine headaches or take medications to prevent them?
- _____ Blackout or fainting (full/partial loss of consciousness)?

To scuba dive safely, you should not be extremely overweight or out of condition. Diving can be strenuous under certain conditions. Your respiratory and circulatory systems must be in good health. All body air spaces must be normal and healthy. A person with coronary disease, a current cold or congestion, epilepsy, a severe medical problem or who is under the influence of alcohol or drugs should not dive. If you have asthma, heart disease, other chronic medical conditions or you are taking medications on a regular basis, you should consult your doctor and the instructor before participating in this program, and on a regular basis thereafter upon completion. You will also learn from the instructor the important safety rules regarding breathing and equalization while scuba diving. Improper use of scuba equipment can result in serious injury. You must be thoroughly instructed in its use under direct supervision of a qualified instructor to use it safely. If you have any additional questions regarding this Medical Statement or the Medical Questionnaire section, review them with your instructor before signing.

Please answer the following questions on your past or present medical history with a **YES** or **NO**. If you are not sure, answer **YES**. If any of these items apply to you, we must request that you consult with a physician prior to participating in scuba diving. Your instructor will supply you with an RSTC Medical Statement and Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination to take to your physician.

- _____ Frequent or severe suffering from motion sickness (seasick, carsick etc.)?
- _____ Dysentery or dehydration requiring medical intervention?
- _____ Any dive accident or decompression sickness?
- _____ Inability to perform moderate exercise (example: walk 1.6 Km/one Mile within 12 mins.)?
- _____ Head injury with loss of consciousness en the past five years?
- _____ Recurrent back problems?
- _____ Back or spinal surgery?
- _____ Diabetes?
- _____ Back, arm or leg problems following surgery, injury or fracture?
- _____ High blood pressure or take medicine to control blood pressure?
- _____ Heart disease?
- _____ Heart attack?
- _____ Angina, heart surgery or blood vessel surgery?
- _____ Sinus surgery?
- _____ Ear disease or surgery, hearing loss or problems with balance?
- _____ Recurrent ear problems?
- _____ Bleeding or blood disorders?
- _____ Hernia?
- _____ Ulcers or ulcer surgery?
- _____ A colostomy or ileostomy?
- _____ Recreational drug use or treatment for, or alcoholism in the past five years?

The information I have provided about my medical history is accurate to the best of my knowledge. I agree to accept responsibility for omissions regarding my failure to disclose any existing or past health condition.

Signature _____

Date _____

Signature of Parent or Guardian _____

Date _____

CANDIDAT

Écrire s.v.p. lisiblement.

Prénom/Nom _____ Date de Naissance _____
(Jour/Mois/An)

Adresse _____

Ville _____ Province _____

Pays _____ Code Postal _____

Tél. maison () _____ Tél. travail () _____

E-mail _____ FAX _____

Nom et adresse de votre médecin traitant ou de famille

Prénom/Nom _____ Clinique / Hôpital _____

Adresse _____

Date de votre dernier examen médical _____

Nom du médecin traitant _____ Clinique / Hôpital _____

Adresse _____

Téléphone () _____ E-mail _____

Avez-vous déjà fait un test médical pour la plongée? OUI NON Si oui, quand? _____

MÉDECIN

Cette personne s'est inscrite ou désire suivre une activité de plongée en scaphandre autonome (plongée à l'air comprimé). Votre avis est requis pour déterminer des aptitudes physiques du candidat pour cette activité.

Impression du médecin

Je ne trouve aucun défaut que je puisse considérer comme incompatible avec la plongée.

Je ne peux délivrer de certificat d'aptitude à cette personne.

Notes _____

Signature du médecin _____ Date _____
(Jour/Mois/An)

Prénom/Nom _____ Clinique / Hôpital _____

Adresse _____

Téléphone () _____ E-mail _____

STUDENT

Please print legibly.

Name _____ Birth Date _____
First Initial Last (Day/Month/Year)

Address _____

City _____ Province _____

Country _____ Zip/Postal Code _____

Home Phone () _____ Business Phone () _____

Email _____ FAX _____

Nom et adresse de votre médecin traitant ou de famille

Physician _____ Clinic / Hospital _____

Address _____

Date of last physical examination _____

Name of examiner _____ Clinic / Hospital _____

Address _____

Phone () _____ Email _____

Were you ever required to have a physical for diving? Yes No If so, when? _____

PHYSICIAN

This person applying for training or is presently certified to engage in scuba (self-contained underwater breathing apparatus) diving. Your opinion of the applicant's medical fitness for scuba diving is requested. There are guidelines attached for your information and reference.

Physician's Impression

I find no medical conditions that I consider incompatible with diving.

I am unable to recommend this individual for diving.

Remarks _____

Physician's Signature or Legal Representative of Medical Practitioner Date (Day/Month/Year)

Physician _____ Clinic / Hospital _____

Address _____

Phone () _____ Email _____