

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

*Cette fiche doit être obligatoirement complétée pour pratiquer la plongée autonome à l'air.*

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Adresse :**

**Je souffre actuellement ou ai souffert des affections suivantes (cocher les cases qui appellent une réponse affirmative) :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> troubles caractériels ou névrotiques           | <input type="checkbox"/> vertiges                                     |
| <input type="checkbox"/> crises d'épilepsie                             | <input type="checkbox"/> malformations vasculaires                    |
| <input type="checkbox"/> accident vasculaire cérébral                   | <input type="checkbox"/> broncho-pneumopathie chronique obstructive   |
| <input type="checkbox"/> asthme chronique                               | <input type="checkbox"/> scléroemphysème                              |
| <input type="checkbox"/> pneumothorax                                   | <input type="checkbox"/> tachycardie permanente > à 100               |
| <input type="checkbox"/> hypertension                                   | <input type="checkbox"/> angine de poitrine ou infarctus              |
| <input type="checkbox"/> trouble du rythme cardiaque                    | <input type="checkbox"/> port d'un pace maker                         |
| <input type="checkbox"/> intervention chirurgicale récente              | <input type="checkbox"/> accident de plongée                          |
| <input type="checkbox"/> décollement rétinien                           | <input type="checkbox"/> glaucome                                     |
| <input type="checkbox"/> hernie   | <input type="checkbox"/> colopathie                                   |
| <input type="checkbox"/> forte myopie                                   | <input type="checkbox"/> otites chroniques sèches ou suppurées        |
| <input type="checkbox"/> perforation tympanique                         | <input type="checkbox"/> état infectieux de l'appareil rhino sinusien |
| <input type="checkbox"/> lombo sciatique                                | <input type="checkbox"/> diabète                                      |
| <input type="checkbox"/> traumatisme crânien avec perte de connaissance | <input type="checkbox"/> vous êtes actuellement enceinte              |

**Une seule case cochée impose l'obtention obligatoire d'un certificat médical pour pratiquer la plongée autonome à l'air.**

Si aucune case n'est cochée :

Je déclare que les indications ci-dessus sont exactes et que je ne suis atteint à ma connaissance d'aucune des pathologies inscrites sur ce questionnaire médical.

Cette liste est indicative et non limitative. Si vous souffrez d'une autre affection, veuillez l'indiquer :

En cas de litige sur cette affection, l'autorisation de plongée est soumise à l'accord du directeur de plongée. En conséquence, je reconnais que le centre de plongée a rempli ses obligations en matière de questionnement médical et de recherche de contre-indication formelle à la pratique de la plongée autonome à l'air.

Date :

Signature :