



ATTESTATION MÉDICALE à l'usage du "plongeur bouteille"

À remplir (en caractères d'imprimerie) et à **signer avant la visite médicale** :

Nom :	Prénom :
Date de naissance (*): ... / ... /	Age atteint dans l'année : ans
Fédération(s) :	
Brevet(s) :	
Date : ... / ... /	Signature du membre :
(*) si moins de 18 ans, remplir également le formulaire d'autorisation parentale	

Aptitude médicale - Plongée adulte en scaphandre autonome

L'examen médical n'a d'autre but que de permettre la pratique de la plongée sous-marine au moindre risque pour le candidat. Il est fait pour la sécurité des plongeurs. Il y a donc lieu, pour les candidats, de répondre aux questions du médecin avec soin et sincérité. Le médecin examinateur portera une attention particulière sur les points suivants, sachant qu'ils représentent des contre-indications relatives ou absolues, mettant la vie du candidat en danger. Cette liste est indicative et non limitative :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La grossesse; • Toute forme d'asthme; • Les pneumothorax et les "trappes à air" pulmonaires; • Les infections pulmonaires; • Les affections de la sphère O.R.L., en particulier celles entraînant des vertiges; • Les difficultés de compensation de la pression aux oreilles et aux sinus; • Les caries et plombages en mauvais état; • Les maladies cardiaques ou circulatoires responsables de shunts gauches-droits, d'une réduction de la perfusion myocardique, d'artérites ou tous autres troubles de la perfusion tissulaire; | <ul style="list-style-type: none"> • L'hypertension artérielle non traitée; • Les maladies neurologiques dégénératives; • L'épilepsie et les convulsions (même en traitement); • Les dépressions nerveuses et les maladies mentales; • L'abus d'alcool ou l'utilisation de "drogues"; • Les troubles importants du métabolisme lipidique non traités; • Les fractures non guéries ou datant de moins de six mois; • Les antécédents d'accidents de plongée; • La prise régulière de certains médicaments; • Les ulcères évolutifs du tractus digestif; • Les glaucomes à angle fermé. • Le diabète, même traité (insulino-dépendant ou non); |
|--|--|

La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen médical.

Il est recommandé au médecin examinateur :

- De pratiquer tout examen complémentaire qu'il jugerait indispensable;
- D'inviter le candidat à contresigner la déclaration

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir pris connaissance des directives concernant les contre-indications relatives ou absolues à la pratique de la plongée sous-marine, et atteste pour le membre, dont références ci-dessus :

(Cochez ou non les cases ci-dessous)

- Avoir subi un ECG à l'effort le** / / **Rappel :** Jusqu'à 44 ans : tous les 5 ans
 Entre 45 et 55 ans : tous les 2 ans
 À partir de 55 ans : tous les ans
- Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique à partir de 14 ans des disciplines suivantes :**
- La plongée en scaphandre autonome en eaux libres ;
 - La plongée en apnée en eaux libres ;
 - La nage avec palmes
 - L'entraînement en piscines de la (des) discipline(s)
- Avoir constaté une inaptitude temporaire jusqu'au** / /
à pratiquer la(les) discipline(s)
- Avoir constaté une inaptitude définitive à pratiquer la(les) discipline(s)**

ATTENTION : inscrire obligatoirement dans la case le nombre de cases cochées ci-dessus

CACHET DU MÉDECIN	SIGNATURE DU MÉDECIN Date : ... / ... /	SIGNATURE DU MEMBRE Date : ... / ... /
-------------------	--	---