

Club :

FICHE MEDICALE

Cette fiche est une aide à la décision ; Elle est indicative, non exhaustive et n'a pas de caractère obligatoire

NOM	Mme, Mlle, Mr ,Enfant :
Prénom	
Date et lieu de naissance	
Profession	

INTERROGATOIRE		
Discipline(s) subaquatique(s) pratiquée(s)		
Date de début		
Brevets fédéraux (dates)		
Antécédents familiaux (avec dates) :		
Antécédents chirurgicaux (avec dates) y compris ORL, ophtalmo :		
Antécédents médicaux (avec dates) :		
Traitements en cours		
Allergies		
Allergies médicamenteuses		
Appareil cardio-circulatoire	Malaise ou perte de connaissance	
	Palpitations	
	Oppression ou douleur thoracique	
	Dyspnée, toux	
	Valvulopathies	
	Hypertension artérielle	
	Maladies thromboemboliques	
Autre maladie cardiaque		
Appareil respiratoire	Pneumothorax	
	Asthme	
	Infection du poumon ou de la plèvre	
	Autre maladie respiratoire	

ORL	Vertiges	
	Troubles de l'audition	
	Otalgie dysbarique	
	Episodes infectieux à répétition	
	Atteinte du nez, des fosses nasales ou des sinus	
	Atteinte des tympans	
	Autre pathologie ORL	
Gynéco Obstétrique	Grossesse en cours	
Ophtalmologique	Décollement de la rétine	
	Kératocône	
	Trouble de l'acuité visuelle	
	Autre pathologie ophtalmologique	
Digestif	Reflux	
	Autre trouble digestif	
Neurologique	Epilepsie	
	AVC ou AIT à répétition	
	Traumatisme crânien grave	
	Autre pathologie neurologique	
Neuropsychique	Affection psychiatrique	
	Manifestations anxio-dépressives	
	Utilisation de psychotrope	
Appareil locomoteur	Sciatalgie	
Maladies métaboliques	Diabète	
Anomalies biologiques	Troubles de la crase sanguine	
Dents	Odontalgie	
	Prothèse mobile	
Autre appareil		
Statut vaccinal	Tétanos, Polio, Hépatite B	
Problèmes médicaux sportifs (dates, détails) :		
Problèmes médicaux subaquatiques (dates, détails) :		
Barotraumatisme des sinus		
Barotraumatisme de l'oreille		
Barotraumatisme pulmonaire		
Accident de désaturation		
Malaise		
Panique		
Syncope en apnée		
Autre problème		
Important : Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et éventuellement mis à jour ; Je prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée.		
Signature du plongeur		ou des parents (mineur)

EXAMEN CLINIQUE

	Saison sportive			
(Date)				
Nombre de plongées depuis un an				
Prof. Maxi depuis un an				
Plongée mélanges				
Habitudes de vie	Sports réguliers (1h/sem) et années			
	Fumeur			
	Alcool, autre...			

Biométrie	Taille				
	Poids				
	IMC				
Examen cardio-vasculaire	Auscultation				
	T.A. repos				
	Fréquence cardiaque repos				
	Résultats test d'adaptation à l'effort (Indice Ruffier ou Step test) :				
Examen pulmonaire	Auscultation				
Examen ORL	Tympan				
	Conduits auditifs				
	Equilibration/Valsalva				
	Acuité auditive (voix chuchotée ou test au diapason)				
Autre examen					

EXAMENS PARA CLINIQUES

Dans certaines situations, en particulier pour toutes les pathologies notées « à évaluer » dans la liste indicatives des CI, le recours à des examens complémentaires et/ou à des spécialistes d'organes est nécessaire avant la prise de décision

	(Date)			
Examen(s)				

DECISION

	(Date)			
Pas de contre indication				
Contre indication définitive	Disciplines			
	Raison			
Contre indication temporaire	Disciplines			
	Raison			
	Durée			
Compétition				
Sur classement				
Peut encadrer				
Autres remarques				