

Nom et prénom \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE SUR LÉTAT DE SANTÉ POUR LA PRATIQUE EN PLONGÉE RÉCRÉATIVE

La plongée nécessite une bonne santé physique et mentale. Certaines conditions médicales qui peuvent être dangereuses pendant la plongée sont répertoriées ci-dessous. Ceux qui ont ou sont prédisposés à l'une de ces conditions doivent être évalués par un médecin. Ce questionnaire du médecin du plongeur fournit une base pour déterminer si vous devez demander une telle évaluation. Si vous avez des inquiétudes concernant votre condition physique pour la plongée et qu'elles ne sont pas représentées sur ce formulaire, consultez votre médecin avant de plonger. Les références à la «plongée» sur ce formulaire couvrent à la fois la plongée récréative autonome et l'apnée. Ce formulaire est principalement conçu comme un examen médical initial pour les nouveaux plongeurs, mais convient également aux plongeurs qui reçoivent une formation continue. Pour votre sécurité et celle des autres qui peuvent plonger avec vous, répondez honnêtement à toutes les questions.

### INSTRUCTIONS

Remplissez le questionnaire, indispensable pour la formation de plongée en apnée ou en équipe autonome.

**Notice aux femmes.** Si vous êtes enceinte ou vous pensez que vous pouvez l'être, ne faites pas de plongée.

1

1. j ai eu des problèmes aux poumons, respiration, coeur ou sang.	Oui <input type="checkbox"/> Au tableau A	No <input type="checkbox"/>
2. j ai plus de 45 ans	Oui <input type="checkbox"/> Au tableau B	No <input type="checkbox"/>
3.-j ai du mal a faire des exercices modérés(par exemple marcher 1,6 kilom en 12 minutes ou nager 200 mts sans repos), ou je n ai pas pu faire d activités normales les derniers douze mois a cause de mon état physique	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
4.-j ai eu des problèmes aux yeux, oreilles, fosses nasales, ou sinus paranasales.	Oui <input type="checkbox"/> Au tableau C	No <input type="checkbox"/>
5.- i ai ete soumis a une intervention chirurgicale de moins de 12 mois, ou j ai des problemes d'une intervention antérieure.	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
6.- j ai perdu connaissance,, ou des maux de tete genre migraine, convulsions, accidents cérébro vasculaire, ou lésion importante à la tête ou maladie neurologique persistante.	Oui <input type="checkbox"/> Au tableau D	No <input type="checkbox"/>
7.- j ai eu des problemes neurologique ou d'apprentissage, troubles de la personnalité,, ataqes de panique, ou addiction aux des drogues ou alcool.	Oui <input type="checkbox"/> Au tableau E	No <input type="checkbox"/>

8.- j ai eu des problèmes de dos, hernies, ulcers, ou diabete	Oui <input type="checkbox"/> Au tableau F	No <input type="checkbox"/>
9.-j ai eu des problèmes de stomacales, intestinales, ou, récemment des diarrhées.	Oui <input type="checkbox"/> Au tableau G	No <input type="checkbox"/>
10.-actuellement, je prend des médicaments prescrits par le médecin, (exception faites des anticonception, ou antipaludique	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

**Si vous avez répondu NON aux dix dernières questions,** une évaluation médicale n'est pas nécessaires.

SVP lisez et acceptez la DÉCLARATION DE PARTICIPATION suivante plus la date et votre signature.

#### DÉCLARATION DE PARTICIPATION

J ai répondu honnêtement à toutes les questions il est entendu que j'accepte les conséquences d avoir

fauser une réponse ou ne pas avoir révélé toute la vérité sur ma santé actuelle.

Signature (par un parent ou le tuteur légal pour les mineurs)

2

**SIGNATURE** (si vous êtes mineure, signature du père ou du tuteur légal):

Date: \_\_\_\_\_

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_

Date de Naissance: \_\_\_\_\_

Nom de l'instructeur: \_\_\_\_\_

Nom du centre de plongée: \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu OUI** aux questions 3, 5 ou 10, ou a n'importe quelle question des pages 3 et 4 lisez et acceptez la déclaration,signez et consignez la date et apportez le formulaire d'évaluation du médecin a votre médecin, pour une évaluation médicale.

La participation a un programme d'entraînement de plongée doit être évalué et approuvé par votre médecin.

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

**TABLEAU A – J AI OU/ J AI EU**

CHIRURGIE THORACIQUE, CARDIAQUE, VALVE CARDIAQUE, PLACEMENT DE SENT OU PNEUMOTHORAX.(COLLAPSE DU POUMON)	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Asthme, allergies graves rhume des foins, congestions des voies respiratoires de moins de 12 mois qui limitent mon activité physique.	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un problème ou maladie de coeur comme une angine de poitrine douleurs a la poitrine pendant un effort insuffisance cardiaque oedème pulmonaire miocardiopathie ACV, ou je prend un médicament pour n'importe quel affection cardiaque.	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Bronchite répétées ou toux persistante pendant les derniers 12 mois ou un diagnostic d'emphysème	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

**TABLEAU B – j ai plus de 45 ans et**

Actuellement, je fume ou inhale de la nicotine . J ai un niveau élevé de cholestérol J al la tension artérielle haute	Oui <input type="checkbox"/> * Oui <input type="checkbox"/> * Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quelqu'un de ma famille en premier ou second degré est mort de mort subite ou d une maladie cardiaque ou d un ACV avant d avoir 50 ans (inclus rythmes cardiaques anormaux, maladie vasculaire ou cardiomyopathy)	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

3

**TABLEAU C – J AI OU/ J AI EU:**

Chirurgie des sinus de moins de six mois	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Maladie ou chirurgie des oreilles pertes d'audition ou mauvais équilibre.	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Sinusite à répétition les 12 derniers mois	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Chirurgie de l'oeil les trois dernier mois	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

**TABLEAU D – J ai ou J ai eu**

Blessure a la tête avec perte de conscience, ces 5 dernières années	O <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Maladie ou dysfonction neurologique persistantes	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Maux de tête répétitifs genre migraines ces 12 derniers mois, ou je prend des médicaments contre.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Évanouissements (perte total ou partiel de la conscience) ces cinq dernières années	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Epilepsie, attaques ou convulsions;, ou je prend des médicaments pour les prévenir.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

**TABLEAU E – J ai ou j ai eu**

des problèmes de conduite, mentale ou psychologiques qui nécessitent de traitement médicale ou psychologique	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
je suis diagnostique de problèmes mentaux ou d apprentissage qui demande une attention continue.	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Une addiction a une drogue ou alcool qui requiert un traitement ces cinq dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

4

**TABLEAU F – J AI / J AI EU**

Des problèmes de dos récurrents de dos ces six derniers mois que limitent les mouvements	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale ces derniers 12 mois	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Diabète contrôle avec insuline ou régime ou diabète de la femme enceinte ces douze derniers mois	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Une hernie non corrigée qui limite mes mouvements.	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ulcères actives non traitées, blessures problématiques ou chirurgie des ulcères ces 6 derniers mois	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

**TABLEAU G – J AI:**

Chirurgie stomique et votre médecin ne vous permet aucun exercice physique	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Déshydratation ayant besoin de l'intervention d un médecin	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ulcère de l'estomac ou des intestins actives ou non traités ou chirurgie ulcères de moins de six mois	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Aigreurs d'estomac fréquentes, régurgitations ou maladie de reflux gastroesophageal	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Colitis ulcereuses non contrôlés.ou maladie de Crohn.	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
chirurgie bariatrique les derniers 12 mois	Oui <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Nom et Prenom \_\_\_\_\_

*Conformement au reglement de l union Europeene 2016 \_ 679 du parlement Europeene et du conseil du  
avril 2016 (RGPD) espigon norte Cullera SL met en place la politique de traitement et politique  
des donnees personnelles:*

1.- *Vous êtes le seul propriétaire de vos données et nous traiterons vos données uniquement  
dans des conditions légitimes*

2.- le but: au nom de la boîte nous traiterons vos information afin de vous procurer les  
services demandés et en faire la facture.

3.- Conservation des données. Nous conserverons vos données tant que la relation  
commercial et contractuel et éventuellement pour donner suite à nos obligations légales, et  
restent a disposition des juges, tribunaux et ministère fiscal,administrations publique en  
particulier les autorités de protection de données,pour les possibles responsabilités dues au  
traitement des données avant la fin de ceux ci.- ces données no seront pas cédés a des tiers  
sauf en cas d'obligation légale.

4,- Responsable du traitement: Le responsable du traitement est ESPIGON NORTE CULLERA  
CIF B 40561995 Adresse avenue de la guardia civil 11 courrier électronique buceo delfin . com

6

5.- droits: vous êtes le propriétaire légal de vos données vous avez droit a avoir la  
confirmation que igon norte cullera traite vos données vous pouvez faire valoir vos droits  
d'accès rectification suppression limitation position ou portabilité. vous devez avoir avec vous  
un papier d'identité, vous pouvez vous dirigez aux autorités locales si vous considérez que le  
traitement de vos données ne s'adapte pas a la législation. en cours L'autorité de control de  
protection de données en Espagne est l agence espagnole de protection de données rue Jorge  
Juan 6 Madrid

FIRMA:

compte rendu médical du plongeur formulaire et évaluation medical

Nom: \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_\_

date (dd/mm/aaaa)

La personne signalée demande votre opinion sur l'idonéité médicale pour participer à l'entraînement ou activité de plongée

### Résultats De l'évaluation

. Apte Je ne trouve pas de conditions qui se considère incompatible avec la plongée

Non apte je trouve des condition que sont incompatible avec la plongee

7

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (dd/mm/aaa)

Nom du medic \_\_\_\_\_

Hopital \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_