



Examen et certificat médical

A Antécédents médicaux et état actuel du plongeur (à conserver dans les dossiers du médecin)

Nom : _____ Date de naissance : ___/___/___
 Adresse : _____ Code Postal : _____

Avez-vous déjà subi un examen médical relié à la plongée ? Si oui, indiquez la date du plus récent : _____
 Avez-vous déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non
• Troubles auditifs, maux d'oreilles, troubles d'équilibre, bourdonnements, otites, écoulements	___	___	• Portez-vous des prothèses dentaires	___	___
• Troubles des sinus (sinusites, rhumes des foins)	___	___	• Faites-vous usage de médicament présentement ?	___	___
• Asthme, bronchite, pneumothorax, tuberculose, pleurésie, difficulté respiratoire après léger effort ou autres lésions pulmonaires	___	___	• Alcoolisme, usage régulier d'hallucinogène	___	___
• Vertiges, faiblesses ou évanouissements, claustrophobie, mal de mer, agoraphobie	___	___	• A-t-on déjà refusé de vous accorder un certificat médical de plongée ou une assurance vie, ou vous a-t-on déjà offert des conditions spéciales ?	___	___
• Épisodes épileptiques, maux de tête, commotion cérébrales, angoisses ou autres troubles nerveux	___	___	• Prenez-vous régulièrement ou fréquemment des médicaments avec ou sans ordonnance médicale ?	___	___
• Anxiété, attaques de nerfs, dépression nerveuse	___	___	• Avez-vous déjà été victime d'une maladie grave ou d'un accident de plongée, séjour à l'hôpital depuis 1 an ?	___	___
• Troubles cardiaques et circulatoires, hypertension ou hypotension, affections cardiaques, douleurs ou angoisses, phlébite, embolie	___	___	• Êtes-vous présentement sous soins médicaux ou avez-vous consulté un médecin au cours de l'année ?	___	___
• Jaunisse, hépatite, ulcère, hernie	___	___	• Avez-vous noté certains changements dans votre santé physique ou mentale depuis votre dernière visite chez le médecin ?	___	___
• Diabète, problème thyroïdien ou glandulaire	___	___	• Fumez-vous ? Si oui depuis quand et le nombre approximatif de cigarettes que vous consommez quotidiennement ou la quantité de tabac que vous consommez hebdomadairement	___	___
• Luxation récidivante	___	___			

Précisez : _____

Je soussigné(e) déclare avoir répondu à toutes les questions au meilleur de ma connaissance sans omettre de renseignements pertinents aux exigences physiques de la plongée, et autorise mes médecins à divulguer tout renseignement contenu dans mon dossier médical, à la demande du moniteur.

Signature

___/___/___
Date

B Examen du plongeur (Partie à remplir par le médecin (cf. notes) et à conserver dans les dossiers de ce dernier)

Cette personne désire subir un examen médical dans le but de vérifier si sa condition physique lui permet de pratiquer des activités subaquatiques, dont certaines requièrent l'utilisation d'air comprimé pour respirer. Il importe donc de prêter une attention particulière aux oreilles de même qu'aux voies et au système respiratoire, et de se rappeler que la plongée exige un effort intense.

Résultats : N = normal A = anormal	(Spécifiez dans commentaires)	
Condition générale _____	Fonction pulmonaire (s'il y a lieu) _____	Commentaires: _____
Obésité _____	Système cardio-vasculaire _____	_____
Tolérance à l'effort _____	Pression artérielle _____	_____
Poids _____	Pouls _____	Résultats :
Taille _____	Électrocardiogramme (s'il y a lieu) _____	[] En santé, aucune contre-indication
Oreille _____	Système digestif-abdomen _____	[] Problème de santé: _____
Conduit auditif et tympan gauche _____	Urine : _____	[] Cas à soumettre au spécialiste
Conduit auditif et tympan droit _____	Protéine __ Sucre __ Sang __ _____	[] Cas à soumettre au comité médical
Sinus, nez _____	Articulation et membres _____	[] Radiographie(s) nécessaire(s)
Bouche et gorge _____	Système endocrinien _____	
Système respiratoire _____	Système nerveux _____	
Poumons _____	Yeux, tête, cou _____	_____/_____/_____ Signature du médecin Date
Radiographies pulmonaires _____	État psychique _____	

C Certificat médical (Partie à remplir par le médecin, à conserver par le membre et à montrer au moniteur)

DURÉE DE VALIDITÉ : 35 ans et moins - 5 ans à moins d'avis contraire du médecin : _____
36 à 50 ans - 3 ans à moins d'avis contraire du médecin : _____
51 ans et plus - 1 an à moins d'avis contraire du médecin : _____

Nom : _____ Âge : _____

À mon avis le plongeur susnommé :

est en santé, aucune contre-indication à la plongée.

présente des problèmes de santé incompatible avec la plongée -bouteille.

Spécifiez : _____

doit faire l'objet d'une analyse par le spécialiste.

Spécifiez : _____

doit passer des radiographies.

Spécifiez : _____

doit faire l'objet d'une analyse par le comité médical de l'AMCQ

est temporairement inapte à plonger.

Spécifiez : _____

Signature du médecin : _____ Date : __/__/__ Téléphone : () _____

D Certificat médical - Duplicata (Partie à remplir par le médecin, à remettre au moniteur au début du cours)

DURÉE DE VALIDITÉ : 35 ans et moins - 5 ans à moins d'avis contraire du médecin : _____
36 à 50 ans - 3 ans à moins d'avis contraire du médecin : _____
51 ans et plus - 1 an à moins d'avis contraire du médecin : _____

Nom : _____ Âge : _____

À mon avis le plongeur susnommé :

est en santé, aucune contre-indication à la plongée.

présente des problèmes de santé incompatible avec la plongée -bouteille.

Spécifiez : _____

doit faire l'objet d'une analyse par le spécialiste.

Spécifiez : _____

doit passer des radiographies.

Spécifiez : _____

doit faire l'objet d'une analyse par le comité médical de l'AMCQ

est temporairement inapte à plonger.

Spécifiez : _____

Signature du médecin : _____ Date : __/__/__ Téléphone : () _____