

ARRÊTÉ ROYAL 550/2020 DU 2 JUIN 2020 QUI DETERMINE LES CONDITIONS DE SÉCURITÉ DES  
ACTIVITÉS DE PLONGÉE

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ POUR LA PRATIQUE DE LA PLONGÉE RÉCRÉATIVE

La plongée commande une bonne santé physique et mentale. Certaines conditions médicales peuvent être dangereuses pendant la plongée, et elles sont répertoriées ci-dessous. Ceux qui ont ou sont prédisposés à l'une de ces conditions doivent être évalués par un médecin. Ce questionnaire médical 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 dans 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

REPLISSEZ CE QUESTIONNAIRE COMME PRÉREQUIS POUR UNE FORMATION À L'APNÉE OU À LA  
PLONGÉE AVEC DU MATÉRIEL AUTONOME

Remarque à l'intention des femmes: si vous êtes enceinte ou si vous essayez de devenir enceinte,  
NE PLONGEZ PAS.

1.J'ai eu des problèmes pulmonaires ou respiratoires, cardiaques ou sanguins	SI <input type="checkbox"/> ->aller à la section A	NO <input type="checkbox"/>
2.J'ai plus de 45 ans	SI <input type="checkbox"/> -> aller à la section B	NO <input type="checkbox"/>
3. J'ai du mal à faire de l'exercice modéré (par exemple, marcher 1,6 km en 12 minutes ou nager 200 mètres sans se reposer), ou je n'ai pas pu participer à une activité physique normale pour des raisons physiques ou de santé au cours des 12 derniers mois	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
4. J'ai eu des problèmes aux yeux, aux oreilles, au nez ou aux sinus.	SI <input type="checkbox"/> -> aller à la section C	NO <input type="checkbox"/>
5. J'ai subi une intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois ou j'ai des problèmes continus liés à une intervention chirurgicale précédente	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
6. J'ai perdu connaissance, j'ai eu des migraines, des convulsions, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien important ou j'ai souffert de lésions ou de maladies neurologiques persistantes	SI <input type="checkbox"/> -> aller à la section D	NO <input type="checkbox"/>
7.J'ai eu des problèmes psychologiques, on m'a diagnostiqué un trouble d'apprentissage, un trouble de la personnalité, des crises de panique ou une dépendance à la drogue ou à l'alcool	SI <input type="checkbox"/> -> aller à la section E	NO <input type="checkbox"/>
8.J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète	SI <input type="checkbox"/> -> aller à la section F	NO <input type="checkbox"/>
9.J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente	SI <input type="checkbox"/> -> aller à la section G	NO <input type="checkbox"/>
10.Je prends des médicaments sur ordonnance (à l'exception des contraceptifs ou des antipaludéens)	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>

**Signature du participant**

**Si vous avez répondu NON aux 10 questions ci-dessus, une évaluation médicale n'est pas requise.  
Veuillez lire et accepter la déclaration du participant ci-dessous avec la date et la signature.**

**Déclaration du participant:** J'ai répondu honnêtement à toutes les questions et je comprends que j'accepte la responsabilité de toutes les conséquences résultant de toute question à laquelle j'aurais répondu de manière inexacte ou en ayant divulgué un problème de santé existant ou passé.

**Signature du participant**

(ou, si mineur, la signature du parent / tuteur du participant est requise).

X

---

DATE

Nom du participant

Date de naissance (jj / mm / aaaa)

Nom du moniteur

Nom du centre de plongée

\* Si vous avez répondu OUI aux questions 3, 5 ou 10 ci-dessus ou à l'une des questions du rapport médical du plongeur, lisez et acceptez la déclaration ci-dessus avec la date et votre signature, et apportez le formulaire d'évaluation du médecin à votre médecin, pour une évaluation médicale.

**La participation à un programme de formation en plongée nécessite l'évaluation et l'approbation de votre médecin.**

NOM DU PARTICIPANT

Date de naissance

RAPPORT MÉDICAL DU PLONGEUR / QUESTIONNAIRE DU PARTICIPANT (CONFIDENTIEL)

<b>Section A – J'ai / J'ai eu</b>		
Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie valvulaire cardiaque, « stent » ou pneumothorax (poumon effondré)	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Asthme, respiration sifflante, allergies graves, rhume des foins ou voies respiratoires congestionnées au cours des 12 derniers mois, ce qui limite mon activité physique ou mon exercice	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Un problème ou une maladie concernant mon cœur, comme: angine de poitrine, douleur thoracique à l'effort, insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire, cardiomyopathie ou accident vasculaire cérébral, ou je prends des médicaments pour toute affection cardiaque	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Bronchite récurrente et toux persistante au cours des 12 derniers mois, ou ai été diagnostiqué avec de l'emphysème	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
<b>Section B - J'ai plus que 45 ans et :</b>		
Je fume ou inhale actuellement de la nicotine par d'autres moyens	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
J'ai un taux de cholestérol élevé	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
J'ai la pression artérielle élevée	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
J'ai eu un membre de la famille (consanguinité au 1er ou au 2e degré) décédé d'une mort subite ou d'une maladie cardiaque ou d'un AVC avant l'âge de 50 ans (y compris des rythmes cardiaques anormaux, une maladie coronarienne ou une cardiomyopathie)	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
<b>Section C – J'ai / J'ai eu:</b>		
Chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Maladies ou chirurgie de l'oreille, perte d'audition ou troubles de l'équilibre	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
<b>Section D – J'ai / J'ai eu:</b>		
Traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Lésion ou maladie neurologique persistante	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois ou prise de médicaments pour les prévenir	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Évanouissement ou perte de conscience totale / partielle au cours des 5 dernières années	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Épilepsie, crises ou convulsions, ou prise de médicaments pour les prévenir	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>

<b>Section E – J'ai / J'ai eu :</b>		
Problèmes de santé comportementale, mentaux ou psychologiques nécessitant un traitement médical ou psychiatrique	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Dépression majeure, tendance suicidaire, crises de panique, trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement médicamenteux / psychiatrique	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
On m'a diagnostiqué un problème de santé mentale ou un trouble d'apprentissage ou de développement qui nécessite une attention continue	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Une dépendance à la drogue ou à l'alcool qui nécessite un traitement au cours des 5 dernières années	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
<b>Section F – J'ai / J'ai eu :</b>		
Problèmes de dos récurrents au cours des 6 derniers mois qui limitent mon activité quotidienne	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Diabète, qu'il soit contrôlé par l'insuline ou le régime alimentaire, ou diabète gestationnel au cours des 12 derniers mois	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Ulcères actifs ou non traités, plaies problématiques ou ulcère chirurgical au cours des 6 derniers mois	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
<b>Section G - J'ai :</b>		
Chirurgie pour stomie et je n'ai pas d'autorisation médicale pour nager ou participer à une activité physique	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Déshydratation nécessitant une intervention médicale au cours des 7 derniers jours	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Ulcères ou ulcères intestinaux ou ulcéreux actifs ou non traités au cours des 6 derniers mois	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Brûlures d'estomac fréquentes, régurgitation ou reflux gastro-œsophagien (RGO)	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Colite ulcéreuse active ou non contrôlée ou maladie de Crohn	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>

# RAPPORT MÉDICAL DU PLONGEUR / FORMULAIRE D'ÉVALUATION DU MÉDECIN

NOM DU PARTICIPANT

Date de naissance

La personne mentionnée ci-dessus demande votre avis sur son aptitude médicale à participer à la plongée ou à une formation

RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION

- Apte - Je ne trouve pas de conditions que je considère incompatibles avec la plongée
- Non apte - Je trouve des conditions que je considère incompatibles avec la plongée

**X**

---

Date et signature du médecin

Nom du médecin

Spécialité

Centre médical / hôpital

Adresse

Téléphone

Email

Timbre médecin / hôpital