

## Fiche d'examen médical d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

<b>NOM:</b>	<b>Prénom:</b>	<b>Age :</b>
Niveau de plongée / de pratique :		Compétition : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
Antécédents médicaux :		Antécédents chirurgicaux :
Antécédents familiaux :		Traitements en cours :
Allergies : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		
Plaintes ce jour :		Symptomatologie d'effort :

<b>Taille :</b>	<b>Poids :</b>	<b>Croissance normale pour l'âge : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non</b>	
<b>Anomalies métaboliques :</b> <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		<b>Facteurs de risques CV :</b>	
Auscultation cardiaque normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		Auscultation pulmonaire normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	
TA repos :	Pouls périphériques <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Etat veineux normal : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	
FC repos :	Souffle artériel <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		
ECG : <i>recommandé lors de la 1ère visite, tous les 3 ans de 12 à 35 ans, à chaque visite après 35 ans et/ou selon signes d'appel</i>			
rythme :	FC :	axe :	PR :
aspect QRS :	QT :	QTc :	
repolarisation :	indice de Sokolow :		
Bilan cardiologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non <i>recommandé chez les sujets :</i> <i>. présentant des facteurs de risque péjoratif :</i> <i>les obèses (IMC &gt; 30), les hypertendus et les diabétiques</i> <i>. présentant l'association d'au moins 2 FR parmi :</i> <i>- âge &gt; 40 ans (hommes) ou 50 ans (femmes)</i> <i>- tabagisme actif ou sévère depuis moins de 5 ans</i> <i>- dyslipidémie (LDL cholestérol &gt; 1,5 g/L</i> <i>- hérédité cardiovasculaire chez un ascendant du premier degré</i>	Bilan pneumologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non <i>recommandé chez les sujets présentant des signes fonctionnels respiratoires,</i> <i>en cas d'antécédent (notamment pour la plongée en scaphandre)</i>		

**Anomalie(s) cardio respiratoire(s):**

<b>ORL</b>	otoscopie normale : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Valsalva / équilibrage normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	
audition normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	équilibre normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	anomalie :	
<b>Acuité visuelle :</b>	sans correction :	œil droit :	œil gauche :
	avec correction :	œil droit :	œil gauche :
<b>Appareil locomoteur</b> normal	mb inférieurs : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	mb supérieurs : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	
Rachis : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	<i>(en particulier jeunes, pratique NAP, hockey sub et orientation sub)</i>		
<b>Etat bucco-dentaire :</b> <input type="checkbox"/> bon - <input type="checkbox"/> moyen - <input type="checkbox"/> mauvais - <input type="checkbox"/> prothèse			
<b>Psychisme</b> normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Remarques :		
<b>Examen neurologique</b> normal : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non			
<b>Etat cutané :</b>			
<b>Autres :</b>			

**Conclusion (et signature médecin) :**  
Examens complémentaires / avis spécialisés à prévoir :  
Demande d'évaluation par médecin de plongée (*pour adaptation des conditions de pratique*) :  oui -  non  
**Contre-indication :**  oui -  non si oui : CI  temporaire -  définitive  
Restrictions : Justification, remarques :

**Date de l'examen :**