



# 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)	
<b>Condition générale</b> _____	Fonction pulmonaire (s'il y a lieu) _____	<b>Commentaires:</b> _____
Obésité _____	<b>Système cardio-vasculaire</b> _____	_____
Tolérance à l'effort _____	Pression artérielle _____	_____
Poids _____	Pouls _____	<b>Résultats :</b>
Taille _____	Électrocardiogramme (s'il y a lieu) _____	[ ] En santé, aucune contre-indication
<b>Oreille</b> _____	<b>Système digestif-abdomen</b> _____	[ ] 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
<b>Sinus, nez</b> _____	<b>Articulation et membres</b> _____	[ ] Radiographie(s) nécessaire(s)
<b>Bouche et gorge</b> _____	<b>Système endocrinien</b> _____	
<b>Système respiratoire</b> _____	<b>Système nerveux</b> _____	
Poumons _____	<b>Yeux, tête, cou</b> _____	_____/_____/_____ Signature du médecin Date
Radiographies pulmonaires _____	<b>État psychique</b> _____	

## **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 : ( ) \_\_\_\_\_