



# TRY SCUBA/BASIC DIVER QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Merci de lire attentivement avant de signer.

L'objectif de ce questionnaire médical est de déterminer si vous devez être examiné par un médecin avant de participer à votre programme Try Scuba Diving ou Basic Diver. Une réponse positive à une question ne vous interdit pas nécessairement la plongée. Une réponse positive signifie qu'il existe une condition préexistante qui peut affecter votre sécurité en plongée et que vous devez demander l'avis d'un médecin.

La plongée est une activité passionnante et exigeante. Lorsqu'elle est pratiquée correctement, en utilisant des techniques appropriées, elle est très sûre. Mais si les procédures de sécurité reconnues ne sont pas respectées, il existe certains dangers. La plongée peut même être fatigante dans certaines conditions. Par conséquent, vous ne devez pas être à cours de condition physique ou trop en surpoids.

Pour pratiquer la plongée en toute sécurité, vos systèmes respiratoire et circulatoire doivent être en bonne santé. Cela signifie simplement que tous les espaces d'air du corps doivent être normales et saines. Une personne souffrant de troubles cardiaques, d'un rhume ou d'une congestion, ayant des crises d'épilepsie, d'asthme, présentant un problème médical grave, ou sous influence de l'alcool ou de drogues, ne doit pas plonger. Si vous prenez des médicaments, consultez votre médecin et un professionnel SSI avant de participer à ce programme. Si vous avez d'autres questions concernant ce questionnaire médical, posez ces questions à un professionnel SSI avant de signer.

Lors de ce programme, un professionnel SSI vous enseignera les règles de sécurité importantes concernant la respiration et la compensation pendant la plongée en scaphandre. Une mauvaise utilisation du matériel de plongée peut provoquer des blessures graves ou la mort; vous devez être formé pour l'utilisation de ce matériel sous la supervision directe d'un professionnel SSI qualifié pour l'utiliser en toute sécurité.

Répondez aux questions suivantes concernant vos antécédents médicaux, ou votre état médical actuel, par OUI ou par NON. Si vous n'êtes pas sûr, répondez OUI. Si l'un de ces éléments s'applique à vous, nous vous demandons de consulter un médecin avant de participer à votre programme de plongée en scaphandre. Votre professionnel SSI vous donnera des conseils et vous fournira un questionnaire médicale à remettre au médecin pour votre visite médicale de non contre-indication à la plongée en scaphandre

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents d'intervention chirurgicale pour les oreilles ou les sinus ?       | <input type="checkbox"/> Avez-vous de l'asthme ou des antécédents d'emphysème ou de tuberculose ?  | <input type="checkbox"/> médicaments pour contrôler la tension artérielle ?   |
| <input type="checkbox"/> Souffrez-vous actuellement d'un rhume, d'une congestion, d'une sinusite ou d'une bronchite ? | <input type="checkbox"/> Prenez-vous actuellement des médicaments présentant un avertissement de toute altération de vos capacités physiques ou mentales ?     | <input type="checkbox"/> Avez-vous plus de 45 ans et des antécédents familiaux de crise cardiaque ou d'AVC ?  |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous actuellement des problèmes d'oreilles ?  | <input type="checkbox"/> Avez-vous des problèmes de santé comportementale, mentale ou psychologique ou un trouble du système nerveux ?                         | <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents de saignement ou autres troubles sanguins ?  |
| <input type="checkbox"/> Infection de l'oreille ?   | <input type="checkbox"/> Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte ?  | <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents de diabète ?   |
| <input type="checkbox"/> Maladie de l'oreille ?   | <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents de colostomie ?   | <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents de convulsions, de pertes de connaissances ou d'évanouissements, de convulsions ou de crise d'épilepsie ou prenez-vous des médicaments de prévention ? |
| <input type="checkbox"/> Perte de l'audition ?  | <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents de maladie cardiaque ou de crise cardiaque, de chirurgie cardiaque ou de chirurgie des vaisseaux sanguins ? | <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents de problèmes de dos, de bras ou de jambe suite à un accident, une fracture ou une intervention chirurgicale ?  |
| <input type="checkbox"/> Des problèmes d'équilibre ?  | <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents d'hypertension, d'angine de poitrine ou de prise de   | <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents de claustrophobie ou d'agoraphobie ?   |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents de complications respiratoires ?                                   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Le rhume des foies ?   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Des allergies ?  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Une maladie pulmonaire ?   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous eu un pneumothorax (poumon collapsé) ou des antécédents de chirurgie thoracique ?  |  |   |

Les informations que j'ai fournies sur mes antécédents médicaux, et mon état de santé actuel, sont exactes selon les connaissances en ma possession. J'accepte de prendre la responsabilité des omissions concernant les informations sur mon état de santé actuel ou passé.

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AA)

\_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AA)