

Je soussigné Docteur

Médecin diplômé de médecine subaquatique

Médecin fédéral n°

Médecin du sport(\*)

Autre(\*)

(\*) qui ne peuvent pas signer ce document pour les jeunes de 8 à 14 ans et pour les plongeurs handicapés. Pour les pathologies à évaluer signalées par une étoile (\*) sur la liste des contre indications, seul le médecin fédéral a compétence pour signer le certificat.

Certifie

Avoir examiné ce jour

Nom :

Prénom

Né(e) le

Demeurant

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable :

à la pratique de l'ensemble des activités fédérales subaquatiques de loisir

sauf :

à l'enseignement et à l'encadrement (préciser les disciplines)

à la préparation et au passage du brevet suivant :

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations :

de contre-indication aux compétitions dans la (les) discipline(s) suivante(s) :

Que le jeune sportif de 8 à 14 ans désigné ci-dessus a bénéficié des examens prévus par la réglementation FFESSM et qu'il ne présente pas à ce jour de contre-indication clinique à la pratique :

de l'ensemble des activités fédérales de loisirs

sauf

à la préparation et au passage du brevet P1

des compétitions dans la (les) discipline(s) suivante(s) :

Pour la surveillance médicale des jeunes sportifs de 8 à 12 ans, je préconise la périodicité suivante :

6 mois

1 an

Que le jeune sportif désigné ci-dessus ne présente pas de contre-indication au surclassement pour la (les) discipline(s) suivante(s) :

Nombre de case(s) cochée(s) :  (obligatoire)

Remarques et restrictions éventuelles :

Je certifie avoir pris connaissance de la liste des contre indications à la pratique des activités fédérales établie par la Commission Médicale et Prévention de la FFESSM et de la réglementation en matière de la délivrance des certificats médicaux au sein de la FFESSM

Fait à

le

Signature et cachet

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident de plongée, est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration. La liste des contre-indications aux activités fédérales est disponible sur le site fédéral : <http://www.ffessm.fr>

**CONTRE-INDICATIONS à la PLONGEE en SCAPHANDRE AUTONOME**

Cette liste est indicative et non limitative. Les problèmes doivent être abordés au cas par cas, éventuellement avec un bilan auprès d'un spécialiste, la décision tenant compte du niveau technique (débutant, plongeur confirmé ou encadrant).

En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale et de Prévention Régionale, puis en appel, à la Commission Médicale et de Prévention Nationale.

	<b>Contre indications définitives</b>	<b>Contre indications temporaires</b>
<b>Cardiologie</b>	Cardiopathie congénitale Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillés Maladie de Rendu-Osler Valvulopathies(*)	Hypertension artérielle non contrôlée Coronaropathies : à évaluer(*) Péricardite Traitement par anti-arythmique :à évaluer(*) Traitement par bêta-bloquants par voie générale ou locale: à évaluer (*) Shunt D G découvert après accident de décompression à symptomatologie cérébrale ou cochléo-vestibulaire(*)
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>	Cophose unilatérale Évidement pétromastoïdien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Déficit audio. bilatéral à évaluer (*) Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule peri-lymphatique Déficit vestibulaire non compensé	Chirurgie otologique Épisode infectieux Polypose nasosinusienne Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno-barique Crise vertigineuse ou au décours immédiat d'une crise Tout vertige non étiqueté Asymétrie vestibulaire sup. ou égale à 50%(6mois) Perforation tympanique(et aérateurs trans-tympaniques) Barotraumatismes de l'oreille interne ADD labyrinthique +shunt D-G :à évaluer(*)
<b>Pneumologie</b>	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Asthme :à évaluer (*) Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opéré : à évaluer(*) Chirurgie pulmonaire	Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
<b>Ophtalmologie</b>	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde, ou de la papille, non stabilisées, susceptibles de saigner Kératocône au delà du stade 2 Prothèses oculaires ou implants creux Pour les N3, N4 , et encadrants : vision binoculaire avec correction <5/10 ou si un œil <1/10, l'autre <6/10	Affections aiguës du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois Phacoémulsification-trabéculéctomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois Greffe de cornée : 8 mois Traitement par bêta bloquants par voie locale : à évaluer(*)
<b>Neurologie</b>	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave à évaluer
<b>Psychiatrie</b>	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement antidépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
<b>Hématologie</b>	Thrombopénie périphérique, thrombopathies congénitales. Phlébites à répétition, troubles de la crase sanguine découverts lors du bilan d'une phlébite. Hémophiles : à évaluer (*)	Phlébite non explorée
<b>Gynécologie</b>		Grossesse
<b>Métabolisme</b>	Diabète traité par insuline : à évaluer (*) Diabète traité par antidiabétiques oraux (hormis biguanides)	Tétanie / Spasmophilie
<b>Dermatologie</b>	Troubles métaboliques ou endocriniens sévères	
	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou vasculaire	
<b>Gastro-Entérologie</b>	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro-œsophagien à évaluer
<b>Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication</b>		
La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen		
<b>Toutes les pathologies affectées d'un (*) doivent faire l'objet d'une évaluation, et le certificat médical de non contre indication ne peut être délivré que par un médecin fédéral</b>		
<b>La reprise de la plongée après un accident de désaturation, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident de plongée sévère, nécessitera l'avis d'un Médecin Fédéral ou d'un médecin spécialisé selon le règlement intérieure de la C.M.P.N.</b>		

## 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 :</b> <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
<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>
<b>Anomalie(s) cardio respiratoire(s):</b>		
<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 normal</b>	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 normal</b> <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Remarques :	
<b>Examen neurologique normal :</b> <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		
<b>Etat cutané :</b>		
<b>Autres :</b>		
<b>Conclusion (et signature médecin) :</b>		
Examens complémentaires / avis spécialisés à prévoir :		
Demande d'évaluation par médecin de plongée ( <i>pour adaptation des conditions de pratique</i> ) : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		
<b>Contre-indication :</b> <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non si oui : CI <input type="checkbox"/> temporaire - <input type="checkbox"/> définitive		
Restrictions :	Justification, remarques :	
<b>Date de l'examen :</b>		

## Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

Date : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Avez-vous eu une perte de poids importante ces derniers mois ?

### Activités physiques et subaquatiques :

Activité(s) subaquatique(s) pratiquée(s) ou en projet de pratique :

Date approximative des débuts de la pratique \_\_\_\_\_

Niveau de pratique : \_\_\_\_\_ nombre de plongées au total : \_\_\_\_\_

Pratique : d'encadrement / d'enseignement :  oui -  non ; de compétition :  oui -  non

Pratique d'autres activités sportives : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures d'activités physiques / sportives pratiquées par semaine : \_\_\_\_\_

Incidents ou accidents au cours de ces activités, y compris en plongée (préciser date et le type d'accident) :

### Habitudes de vie :

Fumez-vous :  oui -  non si oui, nombre de cigarettes /jour : \_\_\_\_\_

Nature du produit fumé : \_\_\_\_\_

Avez-vous fumé :  oui -  non si oui, date d'arrêt : \_\_\_\_\_

Consommation de boissons alcoolisées :  tous les jours : \_\_\_\_\_ verres/j -  occasionnellement -  jamais

Avez-vous été traité pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années ?  oui -  non

Autres toxiques consommés (y compris occasionnellement) :

### Antécédents chirurgicaux / traumatiques :

Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) :

cardiaque  oui -  non si oui, date\* et cause :

thoracique  oui -  non si oui, date\* et cause :

sphère ORL  oui -  non si oui, date\* et cause :

ophtalmologique  oui -  non si oui, date\* et cause :

digestive  oui -  non si oui, date\* et cause :

voies urinaires  oui -  non si oui, date\* et cause :

colonne vertébrale  oui -  non si oui, date\* et cause :

cerveau  oui -  non si oui, date\* et cause :

orthopédique  oui -  non si oui, date\* et cause :

autre  oui -  non si oui, date\* et cause :

Autres traumatismes et fractures :

Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien :  oui -  non ; si oui, précisez date\* : \_\_\_\_\_

**En dehors des opérations, avez-vous déjà été hospitalisé :**  oui -  non

si oui, précisez date\* et cause :

### Antécédents médicaux :

**Prenez-vous des médicaments** tous les jours ou de façon régulière :  oui -  non

si oui, précisez lesquels :

**Avez-vous des allergies :**  oui -  non ; si oui, à quoi : \_\_\_\_\_

et quel type de manifestations :

**Femmes :** contraception : \_\_\_\_\_ traitement de la ménopause : \_\_\_\_\_

### Dans la famille (vos parents, oncles, tantes, frères et sœur) :

Problèmes cardio vasculaires : \_\_\_\_\_

Autres problèmes de santé particuliers (hémophilie, ...) : \_\_\_\_\_

Mort subite précoce avant 50 ans (y compris nourrisson) : \_\_\_\_\_

\*date approximative

**A l'effort et / ou dans l'eau, avez vous déjà ressenti :**

malaise ou perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	trouble visuel ou impression de "trou noir"	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
palpitations	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	céphalées (maux de tête)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	vomissements ou douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	difficultés de récupération	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
toux anormale	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		

**Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :**

Malaise	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crise d'épilepsie/ convulsion	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ?	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Cancer	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Bronchites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Asthme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crachat de sang	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb respiratoire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Hypertension artérielle, traitée ou non	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	si oui, date* :
Infarctus / angine de poitrine	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Palpitations / troubles du rythme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Notion de souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
AVC (attaque cérébrale) / AIT	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème cardio vasculaire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Diabète	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Phlébite / embolie	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Otites / sinusites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Vertige, problème d'équilibre	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Trouble de l'audition	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb ORL	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Port de lunettes et/ou lentilles	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, vision :	<input type="checkbox"/> de près - <input type="checkbox"/> de loin
Autre pb ophtalmo	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Ulcère gastro duodéal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème digestif	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Problèmes récurrents de rachis / de dos	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Anxiété	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Dépression	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Attaque de panique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre affection psychiatrique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, la(es)quelle(s) :	
Grossesse en cours ou envisagée	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		

**Etes-vous suivi / avez-vous été suivi pour des problèmes de santé que je ne vous ai pas demandé :**  oui -  non ; si oui, lesquels :

*Je certifie que ces renseignements sont exacts et prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée*

Date : \_\_\_\_\_ Nom et signature du pratiquant ou du responsable légal si mineur :

\*date approximative