

Nom du Participant**Date de naissance**

(en CAPITALES)

Date (jj/mm/aaaa)

Examen Médical du Plongeur | Suite du Questionnaire du participant

CASE A - J'AI / J'AI EU:			
Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie des valves cardiaques, dispositif médical implantable (par exemple, stent, stimulateur cardiaque, neurostimulateur), pneumothorax et/ou maladie pulmonaire chronique.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Asthme, respiration sifflante, allergies graves, rhume des foins ou voies respiratoires congestionnées au cours des 12 derniers mois, qui limitent mon activité physique / exercice.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un problème ou une maladie touchant mon cœur tels que: angine de poitrine, douleur thoracique à l'effort, insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire d'immersion, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral; ou: je prends des médicaments pour toute affection cardiaque.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Bronchite récurrente et toux actuelle au cours des 12 derniers mois; ou: on m'a diagnostiqué d'un emphysème.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Symptômes affectant mes poumons, ma respiration, mon cœur et/ou mon sang au cours des 30 derniers jours qui altèrent mes performances physiques ou mentales		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE B – J'AI PLUS DE 45 ANS ET:			
Je fume ou j'inhaler de la nicotine par d'autres moyens.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai un taux de cholestérol élevé.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai une tension artérielle élevée.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai eu un parent proche décédé subitement ou d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 50 ans; ou: j'ai des antécédents familiaux de maladie cardiaque avant l'âge de 50 ans (y compris des troubles du rythme cardiaque, une maladie coronarienne ou une cardiomyopathie).		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE C – J'AI / J'AI EU:			
Une chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une maladie ou chirurgie de l'oreille, une perte auditive ou des problèmes d'équilibre.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE D – J'AI / J'AI EU:			
Un traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une lésion ou maladie neurologique persistante.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois; ou: je prends des médicaments pour les prévenir.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des syncopes, absences ou évanouissements (perte totale ou partielle de la conscience) au cours des 5 dernières années.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une épilepsie, ou des convulsions; ou: je prends des médicaments pour les prévenir.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE E – J'AI / J'AI EU:			
Des problèmes de comportement, des problèmes mentaux ou psychologiques nécessitant un traitement médical et/ou psychiatrique.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une dépression majeure, des idées suicidaires, des attaques de panique, un trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement médicamenteux ou psychiatrique.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un diagnostic de problème de la santé mentale ou un trouble d'apprentissage ou de développement qui nécessite des soins continus, ou des mesures d'adaptation particulières.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une dépendance à la drogue ou à l'alcool nécessitant un traitement au cours des 5 dernières années.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE F – J'AI / J'AI EU:			
Des problèmes de dos récurrents au cours des 6 derniers mois qui limitent mon activité quotidienne..		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un diabète, contrôlé par médicament ou par régime; ou: un diabète gestationnel au cours des 12 derniers mois.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des ulcères cutanés actifs ou non traités, des plaies chroniques ou une intervention chirurgicale pour ulcère au cours des 6 derniers mois.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE G – J'AI EU:			
Une chirurgie pour stomie (gastrostomie, colostomie ou nephrostomie) sans avoir déjà l'autorisation médicale pour nager ou faire des activités physiques.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une déshydratation nécessitant une intervention médicale au cours des 7 derniers jours.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des ulcères gastriques ou intestinaux actifs ou non traités; ou: traitement chirurgical de ces ulcères au cours des 6 derniers mois.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des brûlures d'estomac fréquentes, régurgitation ou reflux gastro-œsophagien (RGO).		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une colite ulcéreuse active ou non contrôlée; ou: Maladie de Crohn.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois.		Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>

* Évaluation médicale du médecin requise (voir page 1).