

# Examen Médical du Plongeur | Formulaire d'évaluation du médecin

Nom du participant

Date de naissance

(en CAPITALES)

Date (jj/mm/aaaa)

La personne susmentionnée demande votre avis sur son aptitude médicale à participer à une formation ou à une activité de plongée sous-marine ou de plongée en apnée. Si nécessaire, vous pouvez consulter [uhms.org](http://uhms.org) pour obtenir des conseils médicaux sur les conditions médicales liées à la plongée. Passez en revue les domaines pertinents pour votre patient dans le cadre de votre évaluation.

## Résultat de l'Evaluation

- Approuvé - Je ne trouve aucune condition que je considère incompatible avec la plongée loisir ou l'apnée.
- Non approuvé - Je trouve des éléments que je considère incompatibles avec la plongée sous-marine ou l'apnée.

Signature d'un médecin certifié ou d'un prestataire de soins de santé légalement certifié

Date (jj/mm/aaaa)

Nom de l'examineur

Spécialité

en CAPITALES

Clinique/Hôpital

Adresse

Téléphone

Email



Cachet du médecin/Clinique (optionnel)



Créé par la [Diver Medical Screen Committee](#) en association avec les organismes suivants:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**