

Auto-divulgation médicale pour les plongeurs

Informations confidentielles - Veuillez lire attentivement avant de signer

Cette auto-divulgation vous donne, ainsi qu'à nous, un aperçu de vos antécédents médicaux antérieurs. La plongée peut être épuisante dans certaines circonstances et nous voulons que vous soyez aussi préparé que possible. En cas de doute, vous pouvez consulter un médecin spécialisé en plongée si vous êtes apte à la plongée sous-marine. Des voies respiratoires particulièrement saines et des cavités corporelles intactes sont importantes pour la plongée avec du matériel. Mais la forme physique et mentale de base doit également être présente. Si vous avez des questions à ce sujet, parlez-nous.

Vos informations véridiques et votre signature sont requises pour participer aux exercices pratiques du programme de formation ou aux plongées guidées au Menadive.



Nom du participant

Numéro de rue / Maison

Code postal / Ville

État

Téléphone

Messagerie électronique

Seulement des plongées

Date de début du cours / première plongée

Le cas échéant, nom du cours

Instructeur de plongée

Veuillez noter toutes les déclarations OUI (O) ou NON (N) dans le questionnaire suivant. **En cas de doute, répondez OUI.** Si un ou plusieurs points s'appliquent à vous, cela ne signifie pas que vous ne pouvez pas plonger. Clarifiez ce cas avec votre médecin.

O | N

Se pourrait-il que vous soyez enceinte ou que vous souhaitiez tomber enceinte?

Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits? (à l'exception des contraceptifs ou de la prophylaxie contre le paludisme)

Avez-vous plus de 45 ans et ... fumez?

sont sous traitement médical?

avez un taux de cholestérol élevé?

avez de l'hypertension?

il y avait des crises cardiaques ou des AVC dans la famille?

avez un Diabète sucré, même s'il est contrôlé uniquement par l'alimentation?

Avez-vous avez ou avait-vous ...

Asthme, difficultés respiratoires ou difficultés respiratoires lors d'un effort physique?

Des crises fréquentes ou sévères de rhume des foins ou d'allergies?

Rhumes fréquents, infections des sinus ou bronchite?

Une forme de maladie pulmonaire?

Douleurs dorsales récurrentes?

O | N

Épilepsie, convulsions, convulsions ou prenez-vous des médicaments pour cela?

Maladies ou interventions chirurgicales dans la zone thoracique?

un Diabète sucré?

Des migraines massives répétées ou prenez-vous des médicaments pour cela?

Un poumon éclatant (pneumothorax)?

Évanouissements (perte totale ou partielle de conscience)?

Problèmes fréquents ou graves de mal des transports (dans le bateau, la voiture, etc.)?

Diarrhée ou déshydratation avec des soins médicaux nécessaires?

Un accident de plongée ou une maladie de décompression?

Difficulté avec une activité physique modérée (par exemple, marcher 1,6 km en 12 minutes)?

Hernies des tissus mous?

Une intervention chirurgicale au niveau du dos ou de la colonne vertébrale?

Traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années?

O | N

Des problèmes de dos, de bras ou de jambes à la suite d'une opération, de blessures ou de fractures?

Hypertension artérielle ou prenez-vous des médicaments pour contrôler la tension artérielle?

Une maladie cardiaque?

Une crise cardiaque?

Angine de poitrine, interventions chirurgicales sur le cœur ou les vaisseaux sanguins?

Chirurgie des sinus?

Saignements ou autres problèmes sanguins?

Problèmes récurrents d'oreille?

Maladies de l'oreille ou chirurgie, perte auditive ou troubles de l'équilibre?

Des ulcères ou des ulcères retirés chirurgicalement?

Un anus artificiel?

Problèmes physiques ou psychologiques tels que la panique, la claustrophobie ou la peur dans des pièces closes?

Prendre des compléments sportifs ou un traitement pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années?

Je déclare par la présente que les informations sur mon état de santé sont correctes et sont faites selon mes connaissances et convictions. Je confirme que je dois informer mon instructeur/guide de tout changement dans ma santé pendant la participation au programme de plongée. J'assume la responsabilité des informations omises concernant mon état de santé passé ou présent.

Date

*Signature du participant
(dans le cas des signatures d'un parent ou tuteur légal par mineurs)*