

## Déclaration médicale

Fiche du participant (informations confidentielles)

Cette déclaration vous informe de certains risques liés à la plongée sous-marine et du comportement attendu de vous pendant le programme de plongée. Votre signature est nécessaire pour participer aux plongées proposées par Aquatic Divers en Égypte. Lisez cette déclaration avant de la signer.

Pour participer à la plongée, vous devez remplir cette déclaration médicale, questionnaire compris. Si vous êtes mineur, elle doit aussi être signée par un parent ou un tuteur.

La plongée est une activité passionnante et exigeante. Pratiquée correctement, avec les bonnes techniques, elle est relativement sûre. Si les règles de sécurité établies ne sont pas respectées, les risques augmentent.

Pour plonger en sécurité, vous ne devez pas être en fort surpoids ni en mauvaise condition physique. La plongée peut être éprouvante dans certaines conditions. Vos systèmes respiratoire et circulatoire doivent être en bonne santé, ainsi que toutes les cavités aériennes du corps. Une personne atteinte d'une maladie coronarienne, d'un rhume ou d'une congestion, d'épilepsie, d'un problème médical grave, du Covid-19, ou sous l'influence de l'alcool ou de drogues ne doit pas plonger. Si vous souffrez d'asthme, d'une maladie cardiaque ou d'une autre maladie chronique, ou si vous prenez régulièrement des médicaments, consultez votre médecin et le moniteur / divemaster avant de participer, puis régulièrement. Le moniteur / divemaster vous apprendra aussi les règles de sécurité importantes concernant la respiration et l'équilibrage des oreilles. Une mauvaise utilisation de l'équipement peut entraîner des blessures graves. Si vous avez des questions sur cette déclaration ou le questionnaire, voyez-les avec votre moniteur / divemaster avant de signer.

### Déclaration médicale – OUI / NON

Veuillez lire attentivement avant de signer. Ce questionnaire sert à savoir si vous devez consulter votre médecin avant de pratiquer la plongée de loisir. Un « oui » ne vous exclut pas forcément de la plongée. Il signifie qu'un état de santé existant peut affecter votre sécurité en plongée et que vous devez demander l'avis de votre médecin avant de plonger.

Répondez par OUI ou NON aux questions suivantes sur vos antécédents médicaux passés ou actuels. En cas de doute, répondez OUI. Si l'un de ces points vous concerne, nous devons vous demander de consulter un médecin avant de plonger.

**OUI NON**

- |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pourriez-vous être enceinte ou essayez-vous de le devenir ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance (sauf contraception ou antipaludéens) ?                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous plus de 40 ans et pouvez-vous répondre OUI à l'un ou plusieurs des points suivants ?                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                          |                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• vous fumez la pipe, des cigares ou des cigarettes</li><li>• vous avez un taux de cholestérol élevé</li><li>• il y a des antécédents familiaux d'infarctus ou d'AVC</li><li>• vous êtes actuellement sous traitement médical</li><li>• hypertension artérielle</li><li>• diabète, même contrôlé par le seul régime</li></ul> |

### Avez-vous eu, ou avez-vous actuellement ...

**OUI NON**

- |                          |                          |                                                                                                          |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De l'asthme, ou une respiration sifflante au repos ou à l'effort ?                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Des crises fréquentes ou sévères de rhume des foins ou d'allergie ?                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Des rhumes, sinusites ou bronchites fréquents ?                                                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Une maladie pulmonaire, quelle qu'elle soit ?                                                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Un pneumothorax (poumon collabé) ?                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Une autre maladie ou chirurgie thoracique ?                                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Des problèmes psychologiques ou de santé mentale (crises de panique, peur des espaces clos ou ouverts) ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Épilepsie, crises, convulsions ou traitement pour les prévenir ?                                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Migraines compliquées récurrentes ou traitement pour les prévenir ?                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Évanouissements ou pertes de connaissance (totales ou partielles) ?                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mal des transports fréquent ou sévère (mer, voiture, etc.) ?                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dysenterie ou déshydratation ayant nécessité un traitement médical ?                                     |

- |                          |                          |                                                                                                      |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Accidents de plongée ou accident de décompression ?                                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incapacité à fournir un effort modéré (par ex. marcher 1,6 km en 12 minutes) ?                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Traumatisme crânien avec perte de connaissance au cours des cinq dernières années ?                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes de dos récurrents ?                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale ?                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabète ?                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes de dos, de bras ou de jambes après une opération, une blessure ou une fracture ?           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hypertension ou traitement contre la tension ?                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maladie cardiaque ?                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infarctus ?                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angine de poitrine, chirurgie cardiaque ou vasculaire ?                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chirurgie des sinus ?                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maladie ou chirurgie de l'oreille, perte d'audition ou troubles de l'équilibre ?                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes d'oreilles récurrents ?                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Saignements ou autres troubles sanguins ?                                                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hernie ?                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ulcères ou chirurgie des ulcères ?                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Covid-19, ses variants ou ses symptômes ?                                                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colostomie ou iléostomie ?                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usage de drogues, ou traitement pour toxicomanie ou alcoolisme, au cours des cinq dernières années ? |

Les informations que j'ai données sur mes antécédents médicaux sont exactes à ma connaissance. J'accepte la responsabilité de toute omission concernant un problème de santé actuel ou passé.

|     |           |      |
|-----|-----------|------|
| Nom | Signature | Date |
|-----|-----------|------|

Signature du parent / tuteur (pour les mineurs)