



Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LA PLONGÉE SOUS-MARINE

Mise en contexte du questionnaire de santé pour la plongée sous-marine

- La plongée sous-marine est un sport passionnant qui nécessite une bonne forme physique et pour lequel des mesures de sécurité s'appliquent.
- En plongée sous-marine, le corps est soumis à d'importants changements de pression. Il importe de bien identifier les conditions médicales qui peuvent être influencées par ces variations de pression ambiante.
- La plongée sous-marine comporte un risque de situations dangereuses inattendues : conditions environnementales difficiles, copain en difficulté, problème avec l'équipement, etc. ces situations peuvent exiger un effort important et soutenu, donc une bonne capacité cardio-pulmonaire.
- Par conséquent, certains aspects de votre condition physique et psychologique peuvent avoir une influence sur votre capacité à pratiquer ce sport. C'est pourquoi il est **obligatoire** de remplir le questionnaire de santé ci-dessous.
- Ce questionnaire a pour but d'aider à identifier les problématiques de santé qui pourraient mettre davantage le plongeur à risque de :
 - Perte de conscience
 - Sécurité compromise (ex. conditions engendrant une désorientation, des vomissements, altération du jugement)
 - Maladie de décompression
 - Barotraumatismes (ex. risque de dommage à l'oreille moyenne et interne, surpression pulmonaire, embolie gazeuse)
 - Incapacité à faire face physiquement ou psychologiquement aux particularités de l'environnement sous-marin.
- Une réponse positive à une des questions nécessitera une évaluation par un médecin.
- Il est important de noter que la consommation exagérée d'alcool et la consommation de drogues sont incompatibles avec la plongée sous-marine.
- La pratique de la plongée sous-marine est contre-indiquée durant la grossesse.

Évaluation du risque de maladie cardio-vasculaire

Si vous êtes un homme de 45 ans et plus ou une femme de 55 ans et plus, présentez-vous une des conditions suivantes ? :

	Oui	Non
Tabagisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux de maladie cardiaque précoce * ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tour de taille de plus de :		
102 cm pour un homme ou 88 cm pour une femme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indice de masse corporelle (IMC)** de plus de 25 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* : Angine ou infarctus chez frère ou père avant l'âge de 55 ans et chez mère ou sœur avant l'âge de 65 ans

** : IMC se calcule par la formule suivante : poids (kg) / taille (m)², ex. 70kg / (1,8m)² = 21,6

Questionnaire de santé pour la plongée sous-marine

Revue des systèmes (Avez-vous déjà eu ou présentez-vous actuellement ? Si oui, détailler la réponse à la fin du questionnaire)

1. Neurologique

		Oui	Non			Oui	Non
1.1	Des étourdissements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5	Un trouble sensitif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Des migraines ou maux de tête accompagnés de symptômes visuels, sensitifs ou moteurs (atteinte de la motricité) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.6	Une faiblesse musculaire d'un ou plusieurs membres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Des épisodes de pertes de conscience ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.7	Un traumatisme crânien majeur ayant nécessité une hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Des convulsions ou crises d'épilepsie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

2. Psychologique

		Oui	Non			Oui	Non
2.1	Des sensations de panique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5	Un trouble de l'attention ou un manque de concentration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	De l'anxiété lorsque vous êtes dans un espace restreint ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.6	Un trouble dépressif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Une phobie de l'eau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.7	Des épisodes de psychose ou une maladie bipolaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Un trouble d'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

3. Ophtalmologique

		Oui	Non			Oui	Non
3.1	Une vision de moins de 20/40 malgré une correction visuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.3	Portez-vous des lentilles cornéennes rigides ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Un implant oculaire contenant un gaz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.4	Une chirurgie des yeux dans les 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Oto-rhino-laryngologique

		Oui	Non			Oui	Non
4.1	Une perforation tympanique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.6	Des problèmes à équilibrer la pression des oreilles dans le fond d'une piscine ou en avion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Des tubes trans-tympaniques actuellement en place ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.7	De la fièvre des foins ou des allergies causant une congestion nasale quasi-chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Des épisodes d'otites ou sinusites à répétition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.8	Des vertiges ou mal des transports ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Des acouphènes (bourdonnements) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.9	Une chirurgie du tympan, de l'oreille moyenne (osselets) ou de l'oreille interne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Une perte complète d'audition d'une oreille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.10	Une rupture de la fenêtre ovale, de la fenêtre ronde ou autre dommage à l'oreille interne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Cardiovasculaire

		Oui	Non			Oui	Non
5.1	De la douleur ou une pression à la poitrine à l'effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5	Angine ou infarctus myocardique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Des palpitations ? Une arythmie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.6	Un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	De l'hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.7	Une chirurgie cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Respiratoire

		Oui	Non			Oui	Non
6.1	Un essoufflement marqué à l'effort ou au froid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.5	Des crises d'asthmes ou une respiration sifflante à l'effort, au froid ou au stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Une toux persistante ou déclenchée à l'effort ou au froid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.6	Une maladie pulmonaire chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Un pneumothorax ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.7	Une chirurgie thoracique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Une tendance à faire des bronchites ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Questionnaire de santé pour la plongée sous-marine

Revue des systèmes (Avez-vous déjà eu ou présentez-vous actuellement ? Si oui, détailler la réponse à la fin du questionnaire)

7. Génito-urinaire

		Oui	Non		Oui	Non	
7.1	Si vous êtes une femme, pensez-vous être enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.2	Une insuffisance rénale chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Digestif

		Oui	Non		Oui	Non	
8.1	Du reflux gastrique incommode et persistant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.3	Des vomissements fréquents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Une chirurgie abdominale dans les 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.4	Une hernie inguinale ou abdominale non-opérée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Musculo-squelettique

		Oui	Non		Oui	Non	
9.1	Une facture récente (moins de 2 mois) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.3	Une scoliose importante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Des maux de dos invalidants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

10. Endocrinien

		Oui	Non		Oui	Non	
10.1	Un diabète nécessitant la prise de médicaments ou d'insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.3	Une hypothyroïdie ou hyperthyroïdie non-contrôlée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	Une insuffisance surrénalienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

11. Hématologique

		Oui	Non		Oui	Non	
11.1	Prenez-vous des anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.3	Des ecchymoses spontanées ou une tendance à saigner facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2	Un trouble de coagulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.4	Une anémie falciforme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Donner des détails pour les réponses positives (indiquer le # de la question)

Déclaration du plongeur :

Je certifie qu'au meilleur de ma connaissance les réponses ci-haut sont correctes. Je comprends les risques inhérents à la pratique de la plongée sous-marine et accepte ces risques.

Date : _____ Signature : _____

Questionnaire préparé en collaboration avec :

Dr Dominique Buteau, directeur médical du Centre de médecine de plongée du Québec

Centre de santé et de services sociaux
Alphonse-Desjardins
Centre hospitalier affilié universitaire de Lévis

Urgence médicale en plongée

1-888-835-7121



Centre de médecine de plongée du Québec