

ATTESTATION MEDICALE AIDA

IMPORTANT - A LIRE

La plongée en apnée est une activité intense qui s'exerce dans un environnement subaquatique, ce qui peut, dans certaines circonstances, accroître le risque de blessures. Ce risque peut être considérablement plus élevé si vous présentez certaines pathologies physiques. Ces mêmes pathologies physiques ne seraient pas nécessairement un facteur de risque dans le cadre d'autres activités ou sports intenses. C'est pourquoi AIDA utilise le présent questionnaire pour vous faire prendre conscience de ces problèmes. Omettre de faire part de ces problèmes avant de vous engager dans une activité d'apnée peut mettre en péril votre santé, votre sécurité et la sécurité de toute personne avec laquelle vous seriez amené(e) à plonger par la suite.

L'objet de ce Questionnaire Médical est de déterminer s'il vous faut consulter un médecin avant de prendre part à un entraînement d'apnée. Une réponse positive à une question ne vous interdit pas nécessairement la pratique de l'apnée. Une réponse positive signifie que vous présentez une pathologie préexistante qui pourrait affecter votre sécurité pendant la pratique de l'apnée et que vous **DEVEZ** prendre conseil auprès d'un médecin avant de démarrer la pratique de l'apnée. Si vous cochez "**OUI**" à l'une des cases, le praticien devra signer en bas du formulaire pour attester que vous ne présentez aucune contre-indication médicale à la pratique de la plongée en apnée.

Merci de répondre aux questions suivantes concernant vos antécédents médicaux et votre état de santé actuel en cochant les cases **OUI** ou **NON**. Si vous n'êtes pas sûr(e), cochez **OUI**.

NOM DE L'APNEISTE _____

		OUI	NON
1	Traitement : tout traitement médical pris régulièrement, en vente libre ou sur prescription d'un médecin. Si oui, veuillez préciser		
2	Troubles Mentaux et Troubles de l'Humeur : épisode actuel ou antécédents de maladie mentale ou troubles de l'humeur y compris, mais ne se limitant pas à, schizophrénie, troubles paranoïaques, accès d'hystérie. Si oui, veuillez préciser		
3	Problèmes Neurologiques : y compris, mais ne se limitant pas à, tout antécédent de troubles convulsifs, attaque / AVC, chirurgie du cerveau, pertes de consciences répétées, malaises ou débuts d'évanouissements, migraines importantes ou anévrisme cérébral. Si oui, veuillez préciser		
4	Problèmes Cardiovasculaires : y compris, mais ne se limitant pas à, crise cardiaque, chirurgie du cœur, arythmie cardiaque, pacemaker (stimulateur cardiaque), hypertension artérielle non contrôlée. Si oui, veuillez préciser		
5	Problèmes Pulmonaires : y compris, mais ne se limitant pas à, asthme, antécédent d'affaissement spontané d'un poumon (pneumothorax), poumon collabé en raison d'une blessure, kystes ou poches d'air dans les poumons, lésion importante des tissus pulmonaires, emphysème, tout problème pulmonaire pouvant gêner votre capacité respiratoire. Si oui, veuillez préciser		
6	Problèmes au Nez, à la Gorge et aux Oreilles : y compris, mais ne se limitant pas à, tumeur, polypes, ou kyste des cavités sinusales ou des voies nasales, chirurgie importante des sinus, infection chronique des sinus, tympan(s) percé(s) de manière permanente, antécédents de tympan déchiré, tubes permanents dans les conduits auditifs, audition gravement altérée ou perte d'audition d'une ou des deux oreilles, chirurgie importante de l'oreille. Si oui, veuillez préciser		
7	Problèmes aux Yeux : y compris, mais ne se limitant pas à, myopie grave, décollement de rétine, chirurgie de l'œil. Si oui, veuillez préciser.		

8	Diabète Sucré : Diabète de Type I (Insulino-dépendant) ou Diabète de Type II, nécessitant de la prise d'Insuline ou un traitement oral pour leur contrôle. Toute forme de Diabète qui est instable, "fragile" ou produit des épisodes d'hypoglycémie (réactions à un bas taux de sucre dans le sang), d'hyperglycémie (taux de sucre dans le sang extrêmement élevé avec cétose) ou s'il y a une maladie connexe des reins, maladie de l'œil, maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins. Si oui, veuillez préciser		
9	Problèmes rencontrés en Apnée ou en Plongée-sous-marine : y compris, mais ne se limitant pas à, antécédents d'accident de plongée, syncope grave, accident de décompression, accident de décompression de l'oreille interne, blocage inversé, barotraumatisme des poumons, tout barotraumatisme des poumons produisant de la mousse rosâtre, saignement pulmonaire. Si oui, veuillez préciser		
10	Problèmes Médicaux d'Ordre Général : tout problème physique et/ou émotionnel non mentionné qui pourrait impacter votre sécurité dans un environnement subaquatique, ou affecter votre jugement dans un moment de stress physique ou émotionnel. Si oui, veuillez préciser.		
11	Grossesse : si vous êtes actuellement enceinte.		

J'atteste avoir répondu aux questions ci-dessus de manière précise et honnête.
Je suis responsable de toute omission de signaler un problème médical actuel ou passé.

Nom du Participant :

Signature du Participant :

Date de Naissance* :

Date de la Signature :

* Si l'Apnéiste a moins de 18 ans, il faut aussi la signature d'un parent /représentant légal

Signature du parent ou représentant légal du participant :

A compléter par le médecin (Si une case "OUI" a été cochée sur la page 1)

- ☐ Je ne constate aucune contre-indication à la pratique de la plongée en apnée
☐ Je ne suis pas en mesure d'autoriser cet individu à pratiquer la plongée en apnée

Nom du Participant :

Nom du Médecin :

Signature du Médecin :

Date :

Numéro de téléphone du Médecin :

Cachet du médecin ou Adresse Postale :

Ma signature ci-dessus atteste du fait que j'ai entièrement passé en revue la déclaration médicale de ce candidat et ne trouve aucune contre-indication à la pratique de la plongée en apnée.