





## Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

Date : \_\_\_\_\_  
NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Avez-vous eu une perte de poids importante ces derniers mois ?

### Activités physiques et subaquatiques :

Activité(s) subaquatique(s) pratiquée(s) ou en projet de pratique :

Date approximative des débuts de la pratique : \_\_\_\_\_  
Niveau de pratique : \_\_\_\_\_ nombre de plongées au total : \_\_\_\_\_  
Pratique : d'encadrement / d'enseignement :  oui -  non ; de compétition :  oui -  non  
Pratique d'autres activités sportives : \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures d'activités physiques / sportives pratiquées par semaine : \_\_\_\_\_  
Incidents ou accidents au cours de ces activités, y compris en plongée (préciser date et le type d'accident) :

### Habitudes de vie :

Fumez-vous :  oui -  non si oui, nombre de cigarettes /jour : \_\_\_\_\_  
Nature du produit fumé : \_\_\_\_\_  
Avez-vous fumé :  oui -  non si oui, date d'arrêt : \_\_\_\_\_  
Consommation de boissons alcoolisées :  tous les jours : \_\_\_\_ verres/j -  occasionnellement -  jamais  
Avez-vous été traité pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années ?  oui -  non  
Autres toxiques consommés (y compris occasionnellement) :

### Antécédents chirurgicaux / traumatiques :

Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) :

cardiaque	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
sphère ORL	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
ophtalmologique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
digestive	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
voies urinaires	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
colonne vertébrale	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
cerveau	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
orthopédique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
autre	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :

Autres traumatismes et fractures :

Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien :  oui -  non ; si oui, précisez date\* : \_\_\_\_\_

**En dehors des opérations, avez-vous déjà été hospitalisé** :  oui -  non  
si oui, précisez date\* et cause :

### Antécédents médicaux :

**Prenez-vous des médicaments** tous les jours ou de façon régulière :  oui -  non  
si oui, précisez lesquels :

**Avez-vous des allergies** :  oui -  non ; si oui, à quoi : \_\_\_\_\_  
et quel type de manifestations :

**Femmes** : contraception : \_\_\_\_\_ traitement de la ménopause : \_\_\_\_\_

### Dans la famille (vos parents, oncles, tantes, frères et sœur) :

Problèmes cardio vasculaires : \_\_\_\_\_  
Autres problèmes de santé particuliers (hémophilie, ...) : \_\_\_\_\_  
Mort subite précoce avant 50 ans (y compris nourrisson) : \_\_\_\_\_

\*date approximative

Commission Médicale et de Prévention Nationale de la FFESSM  
[www.ffessm.fr](http://www.ffessm.fr) - <http://medical.ffessm.fr>

**A l'effort et / ou dans l'eau, avez vous déjà ressenti :**

malaise ou perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	trouble visuel ou impression de "trou noir"	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
palpitations	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	céphalées (maux de tête)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	vomissements ou douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	difficultés de récupération	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
toux anormale	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		

**Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :**

Malaise	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crise d'épilepsie/ convulsion	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ?	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Cancer	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Bronchites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Asthme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crachat de sang	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb respiratoire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Hypertension artérielle, traitée ou non	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	si oui, date* :
Infarctus / angine de poitrine	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Palpitations / troubles du rythme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Notion de souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
AVC (attaque cérébrale) / AIT	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème cardio vasculaire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Diabète	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Phlébite / embolie	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	si oui, date* :
Otitites / sinusites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Vertige, problème d'équilibre	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Trouble de l'audition	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb ORL	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Port de lunettes et/ou lentilles	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, vision :	<input type="checkbox"/> de près - <input type="checkbox"/> de loin
Autre pb ophtalmo	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Ulcère gastro duodénal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème digestif	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Problèmes récurrents de rachis / de dos	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Anxiété	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Dépression	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Attaque de panique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre affection psychiatrique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, la(es)quelle(s) :	
Grossesse en cours ou envisagée	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		

**Etes-vous suivi / avez-vous été suivi pour des problèmes de santé que je ne vous ai pas demandé :**  oui -  non ; si oui, lesquels :

*Je certifie que ces renseignements sont exacts et prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée*

Date : \_\_\_\_\_ Nom et signature du pratiquant ou du responsable légal si mineur :

\*date approximative

2/2

Commission Médicale et de Prévention Nationale de la FFESSM  
www.ffessm.fr - http://medical.ffessm.fr

## Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques

Je soussigné(e) Docteur,

Exerçant à,

Rayez la mention inutile\*

médecin, généraliste\* du sport\* fédéral\* n° :  
diplômé de médecine subaquatique\* autre\* :

Certifie avoir examiné ce jour :

**NOM :**

**Né(e) le :**

**Prénom :**

**et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :**

de l'ensemble des activités subaquatiques **EN LOISIR**

**Ou bien seulement** (cocher) :  DES ACTIVITÉS DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME  
 DES ACTIVITÉS EN APNÉE  
 DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

de la ou des activité(s) suivante(s) **EN COMPÉTITION** (spécifier en toute lettre) :

**Pour mémoire les particularités suivantes nécessitent un certificat délivré par un médecin fédéral, du sport ou qualifié :**

- TRIMIX Hypoxique
- APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition
- Pratique HANDISUB
- Reprise de l'activité après accident de plongée

**NOMBRE DE**  **COCHÉE(S)** (obligatoire) :

**Remarque(s) et restriction(s) éventuelle(s)** (en particulier pour l'encadrement en plongée subaquatique...) :

**Pour les disciplines à contraintes particulières** (plongée scaphandre et apnée en fosse ou milieu naturel), le CACI est obligatoire annuellement pour tous, majeurs et mineurs

**Pour les autres disciplines fédérales non à contraintes particulières**, le CACI est obligatoire annuellement pour les pratiquants âgés de 18 ans et plus (questionnaire de santé pour les mineurs).

**En cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, la validité de ce certificat est suspendue.**

**En cas de pratique compétitive**, l'absence de contre-indication à la pratique en compétition de la discipline concernée devra être spécifiée sur le CACI.

Ce certificat est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

La liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical, sont disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale :

<http://medical.ffessm.fr>

**Fait à :**  
**Date :**

**Signature et cachet :**