

CONTRE-INDICATIONS À LA PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME

Cette liste est indicative et non limitative. Les problèmes doivent être abordés au cas par cas, éventuellement avec un bilan auprès d'un spécialiste, la décision tenant compte du niveau technique (débutant, plongeur confirmé ou encadrant).

En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale et de Prévention Régionale, puis en appel à la CMPN

	Contre-indications définitives	Contre-indications temporaires ou à évaluer*
Cardiologie	Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillé Maladie de Rendu-Osler	Cardiopathie congénitale* Valvulopathies* Coronaropathie* Péricardite et Myocardites * Traitement par anti arythmique* Traitement par bêta bloquant (voie générale ou voie locale)* Shunt droit-gauche* Hypertension artérielle non contrôlée
Oto-Rhino-Laryngologie	Cophose unilatérale Evidement pétro-mastoidien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule péri-lymphatique Déficit vestibulaire non compensé	Déficit auditif bilatéral* Chirurgie otologique Polypose naso-sinusienne Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno barique Crise vertigineuse ou décours immédiat d'une crise vertigineuse Tout vertige non étiqueté Asymétrie vestibulaire > ou = à 50% (consolidé après 6 mois) Perforation tympanique et aérateurs trans-tympaniques Barotraumatisme ou accident de désaturation de l'oreille interne*
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Chirurgie pulmonaire Maladie bulleuse	Asthme* Pneumothorax spontané ou traumatique* Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
Ophtalmologie	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde ou de la papille, non stabilisée, susceptible de saigner Kératocône au-delà du stade 2 Prothèses oculaires ou implants creux Pour les N3, N4 et encadrants : vision binoculaire avec correction < 5/10 ; si un œil < 1/10, l'autre > 6/10	Affections aiguës du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois Phacoémulsification-trabéculéctomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois Greffe de cornée : 8 mois Traitement par betabloquant par voie locale*
Neurologie	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave*
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement anti-dépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
Hématologie	Thrombopénie périphérique, thrombopathie congénitale Phlébites à répétition	Trouble de la crase sanguine découvert lors d'un bilan d'une affection thrombo-embolique Hémophilie* Phlébite non explorée
Gynécologie		Grossesse
Métabolisme	Diabète traité par antidiabétiques oraux hypoglycémisants	Diabète traité par insuline* Diabète traité par biquanides* Tétanie/spasmophilie Troubles métaboliques ou endocriniens sévères
Dermatologie	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives, selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou cardio vasculaire	
Gastro-entérologie	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro œsophagien à évaluer
Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication.		
La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen.		
Toutes les pathologies affectées d'un * doivent faire l'objet d'une évaluation et le certificat médical de non contre-indication ne peut être délivré que par un médecin fédéral.		
La reprise de la plongée après un accident de désaturation, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident de plongée sévère, nécessitera l'avis d'un médecin fédéral ou d'un médecin spécialisé selon le règlement médical.		



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	☐ oui - ☐ non	si oui, date* et cause :
thoracique	☐ oui - ☐ non	si oui, date* et cause :
sphère ORL	☐ oui - ☐ non	si oui, date* et cause :
ophtalmologique	☐ oui - ☐ non	si oui, date* et cause :
digestive	☐ oui - ☐ non	si oui, date* et cause :
voies urinaires	☐ oui - ☐ non	si oui, date* et cause :
colonne vertébrale	☐ oui - ☐ non	si oui, date* et cause :
cerveau	☐ oui - ☐ non	si oui, date* et cause :
orthopédique	☐ oui - ☐ non	si oui, date* et cause :
autre	☐ oui - ☐ 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://medical.ffessm.fr>

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

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

Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :

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