Examen Médical du Plongeur | Questionnaire du participant

La plongée sous-marine et l'apnée récréative nécessitent une bonne santé physique et mentale. Certaines conditions médicales peuvent être dangereuses pendant la plongée. Ceux qui ont ou sont prédisposés à l'une de ces conditions doivent être évalués par un médecin. Ce Questionnaire Médical pour Plongeurs fournit une base pour déterminer si vous devez demander cette évaluation. Si vous avez des inquiétudes concernant votre condition physique pour la plongée qui ne sont pas reprises sur ce formulaire, consultez votre médecin avant de plonger. Si vous vous sentez mal, évitez de plonger. Si vous pensez avoir possiblement une maladie contagieuse, protégez-vous et protégez les autres en ne participant pas aux activités de plongée. Les références à la « plongée » sur ce formulaire englobent à la fois la plongée sous-marine de loisir (plongée bouteilles) et l'apnée. Ce formulaire est principalement conçu comme une évaluation médicale initiale (pour les nouveaux plongeurs), mais convient également aux plongeurs confirmés et pour toute activité de plongée. Pour votre sécurité et celle des autres personnes susceptibles de plonger avec vous, répondez honnêtement à toutes les questions.

Instructions

Remplissez ce questionnaire préalablement à un cours de plongée sous-marine ou d'apnée.

Si vous avez répondu NON aux 10 questions ci-dessous, une évaluation médicale n'est pas requise. Veuillez lire et accepter la déclaration du participant ci-dessous en la signant et en la datant.

Si vous avez répondu OUI aux questions 3, 5 ou 10 ci-dessous **OU** à l'une des questions de la page 2, veuillez lire et accepter la déclaration ci-dessous en la signant et en la datant **ET présentez les trois pages de ce formulaire (Questionnaire et Évaluation du Médecin) à votre médecin** pour une évaluation médicale. Une évaluation médicale est nécessaire.

Note aux femmes : Si vous êtes enceinte ou tentez de devenir enceinte, ne plongez pas.

1	J'ai eu des problèmes pulmonaires, respiratoires, cardiaques et/ou sanguins affectant mes performances physiques ou mentales normales.	Oui ☐ *Allez à la case **A***	Non ☐
2	Je suis âgé de plus de 45 ans.	Oui ☐ *Allez à la case **B***	Non ☐
3	J'ai du mal à faire des efforts physiques modérés (par exemple, marcher 1,6 km en 14 minutes ou nager 200 mètres sans me reposer), ou: je n'ai pas pu participer à une activité physique normale pour des raisons de forme physique ou de santé depuis 12 mois.	Oui ☐ *	Non ☐
4	J'ai eu des problèmes aux yeux, aux oreilles, aux conduites nasales, aux sinus ou aux dents	Oui ☐ *Allez à la case **C***	Non ☐
5	J'ai subi une intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois; ou: j'ai des problèmes chroniques liés à une intervention chirurgicale antérieure.	Oui ☐ *	Non ☐
6	J'ai des pertes de connaissance, j'ai (eu) des migraines, des convulsions, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien important ou je souffre de lésions ou maladies neurologiques persistantes. J'ai une condition qui peut me renfre inconscient ou neurologiquement incapacité de façon brutale.	Oui ☐ *Allez à la case **D***	Non ☐
7	Je suis actuellement sous traitement (ou j'ai eu besoin d'un traitement au cours des cinq dernières années) pour des problèmes psychologiques, des troubles de la personnalité, des crises de panique ou une dépendance à la drogue ou à l'alcool; ou, on m'a diagnostiqué un trouble d'apprentissage ou du développement.	Oui ☐ *Allez à la case **E***	Non ☐
8	J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète.	Oui ☐ *Allez à la case **F***	Non ☐
9	J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente.	Oui ☐ *Allez à la case **G***	Non ☐
10	Je prends des médicaments sur ordonnance médicale (à l'exception des contraceptifs ou des antipaludéens autres que la méfloquine (Lariam).	Oui ☐ *	Non ☐

Signature du participant

Déclaration du participant : J'ai répondu honnêtement à toutes les questions et je comprends que j'accepte la responsabilité des conséquences résultant de toute question à laquelle j'ai répondu de manière inexacte, ou de mon omission de divulguer tout problème de santé existant ou passé.

Signature du participant (ou, si mineur, signature du parent / tuteur du participant) requise

Date (jj/mm/aaaa)

Nom du participant (en CAPITALES)

Date de naissance (jj/mm/aaa)

Nom de l'instructeur (en CAPITALES)

Nom de l'institution (en CAPITALES)

© 2026

Nom du Participant **Date de naissance**

(en CAPITALES) Date (jj/mm/aaaa)

Examen Médical du Plongeur | Suite du Questionnaire du participant

CASE A - J'AI / J'AI EU:		
Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie des valves cardiaques, dispositif médical implantable (par exemple, stent, stimulateur cardiaque, neurostimulateur), pneumothorax et/ou maladie pulmonaire chronique.	Oui ☐ *	Non ☐
Asthme, respiration sifflante, allergies graves, rhume des foins ou voies respiratoires congestionnées au cours des 12 derniers mois, qui limitent mon activité physique / exercice.	Oui ☐ *	Non ☐
Un problème ou une maladie touchant mon cœur tels que: angine de poitrine, douleur thoracique à l'effort, insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire d'immersion, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral; ou: je prends des médicaments pour toute affection cardiaque.	Oui ☐ *	Non ☐
Bronchite récurrente et toux actuelle au cours des 12 derniers mois; ou: on m'a diagnostiqué d'un emphysème.	Oui ☐ *	Non ☐
Symptômes affectant mes poumons, ma respiration, mon cœur et/ou mon sang au cours des 30 derniers jours qui altèrent mes performances physiques ou mentales	Oui ☐ *	Non ☐

CASE B – J'AI PLUS DE 45 ANS ET:	Oui ☐ *	Non ☐
Je fume ou j'inhale de la nicotine par d'autres moyens.	Oui ☐ *	Non ☐
J'ai un taux de cholestérol élevé.	Oui ☐ *	Non ☐
J'ai une tension artérielle élevée.	Oui ☐ *	Non ☐
J'ai eu un parent proche décédé subitement ou d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 50 ans; ou: j'ai des antécédents familiaux de maladie cardiaque avant l'âge de 50 ans (y compris des troubles du rythme cardiaque, une maladie coronarienne ou une cardiomyopathie).	Oui ☐ *	Non ☐

CASE C – J'AI / J'AI EU:		
Une chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois.	Oui ☐ *	Non ☐
Une maladie ou chirurgie de l'oreille, une perte auditive ou des problèmes d'équilibre.	Oui ☐ *	Non ☐
Une sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois.	Oui ☐ *	Non ☐
Une chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois.	Oui ☐ *	Non ☐
J'ai récemment eu une intervention orale / dentaire et je m'en remets encore	Oui ☐ *	Non ☐

CASE D – J'AI / J'AI EU:		
Un traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années.	Oui ☐ *	Non ☐
Une lésion ou maladie neurologique persistante.	Oui ☐ *	Non ☐
Des migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois, ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui ☐ *	Non ☐
Des syncopes, absences ou évanouissements (perte totale ou partielle de la conscience) au cours des 5 dernières années.	Oui ☐ *	Non ☐
Une épilepsie, ou des convulsions; ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui ☐ *	Non ☐

CASE E – J'AI / J'AI EU:		
Des problèmes de comportement, des problèmes mentaux ou psychologiques nécessitant un traitement médical et/ou psychiatrique.	Oui ☐ *	Non ☐
Une dépression majeure, des idées suicidaires, des attaques de panique, un trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement médicamenteux ou psychiatrique.	Oui ☐ *	Non ☐
Un diagnostic de problème de la santé mentale ou un trouble d'apprentissage ou de développement qui nécessite des soins continus, ou des mesures d'adaptation particulières.	Oui ☐ *	Non ☐
Une dépendance à la drogue ou à l'alcool nécessitant un traitement au cours des 5 dernières années.	Oui ☐ *	Non ☐

CASE F – J'AI / J'AI EU:		
Des problèmes de dos récurrents au cours des 6 derniers mois qui limitent mon activité quotidienne..	Oui ☐ *	Non ☐
Une chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois.	Oui ☐ *	Non ☐
Un diabète, contrôlé par médicament ou par régime; ou: un diabète gestationnel au cours des 12 derniers mois.	Oui ☐ *	Non ☐
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques.	Oui ☐ *	Non ☐
Des ulcères cutanés actifs ou non traités, des plaies chroniques ou une intervention chirurgicale pour ulcère au cours des 6 derniers mois.	Oui ☐ *	Non ☐

CASE G – J'AI EU:		
Une chirurgie pour stomie (gastrostomie, colostomie ou néphrostomie) sans avoir déjà l'autorisation médicale pour nager ou faire des activités physiques.	Oui ☐ *	Non ☐
Une déshydratation nécessitant une intervention médicale au cours des 7 derniers jours.	Oui ☐ *	Non ☐
Des ulcères gastriques ou intestinaux actifs ou non traités; ou: traitement chirurgical de ces ulcères au cours des 6 derniers mois.	Oui ☐ *	Non ☐
Des brûlures d'estomac fréquentes, régurgitation ou reflux gastro-œsophagien (RGO).	Oui ☐ *	Non ☐
Une colite ulcéreuse active ou non-contrôlée; ou: Maladie de Crohn.	Oui ☐ *	Non ☐
Une chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois.	Oui ☐ *	Non ☐

** Évaluation médicale du médecin requise (voir page 1).*

© 2026

Examen Médical du Plongeur | Formulaire d'évaluation du médecin

Nom du participant (en CAPITALES) **Date de naissance** Date (jj/mm/aaaa)

La personne susmentionnée demande votre avis sur son aptitude médicale à participer à une formation ou à une activité de plongée sous-marine ou de plongée en apnée. Si nécessaire, vous pouvez consulter uhms.org pour obtenir des conseils médicaux sur les conditions médicales liées à la plongée. Passez en revue les domaines pertinents pour votre patient dans le cadre de votre évaluation.

Résultat de l'Evaluation

NOTE : l'ajout d'un commentaire additionnel à cette page peut, pour certaines fédérations ou organisations de plongée, l'invalider !

☐ Approuvé - Je ne trouve aucune condition que je considère incompatible avec la plongée loisir ou l'apnée.

☐ Non approuvé - Je trouve des éléments que je considère incompatibles avec la plongée sous-marine ou l'apnée.

Signature d'un médecin certifié ou d'un prestateur de soins de santé légalement certifié — Date (jj/mm/aaaa)

Nom de l'examinateur (en CAPITALES) **Spécialité**

Clinique / Hôpital

Adresse

Téléphone **Email**

Cachet du médecin / de la clinique (optionnel)

Créé par la Diver Medical Screen Committee en association avec les organismes suivants:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego