

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)<sup>2</sup>, ex. 70kg/ (1,8m)<sup>2</sup>= 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"/>	1.4 Des convulsions ou crises d'épilepsie?	<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"/>	1.5 Un trouble sensitif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Des épisodes de pertes de conscience?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.6 Une faiblesse musculaire d'un ou plusieurs membres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			1.7 Un traumatisme crânien majeur ayant nécessité une hospitalisation?	<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"/>	4.5 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"/>	4.6 De la fièvre des foins ou des allergies causant une congestion nasale quasi-chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Des épisodes d'otites ou sinusites à répétition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.7 Des vertiges ou mal des transports?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Des acouphènes (bourdonnements) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.8 Une chirurgie du tympan, de l'oreille moyenne (osselets) ou de l'oreille interne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Une perte complète d'audition d'une oreille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.9 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"/>	5.4 Angine ou infarctus myocardique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Des palpitations? Une arythmie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5 Un souffle cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 De l'hypertension artérielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.6 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"/>	6.4 Une tendance à faire des bronchites?	<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"/>	6.5 Des crises d'asthme ou une respiration sifflante à l'effort, au froid ou au stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Un pneumothorax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.6 Une maladie pulmonaire chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			6.7 Une chirurgie thoracique ?	<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 incommodant 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 fracture 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



