



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

1/2

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