



AIDA (Association Internationale pour le Développement de l'Apnée) CERTIFICAT MEDICAL page 1 (de 2)

Nom - Prénom: _____

****IMPORTANT – A LIRE SVP ****

L'apnée est une activité ardue qui se déroule dans un milieu aquatique, qui peut, dans certaines conditions, augmenter le risque d'accident. Ce risque peut être augmenté significativement dans certaines conditions physiques. Ces mêmes conditions physiques ne seraient pas nécessairement un facteur de sécurité dans d'autres activités ardues ou sports. AIDA utilise en conséquence le questionnaire médical suivant pour vous faire prendre conscience de ces conditions. Tout manquement à remplir ces conditions avant de démarrer toute activité d'apnée, peut mettre votre santé en danger ainsi que votre sécurité et celle de toute personne avec qui vous ferez de l'apnée dans le futur.

Le but de ce questionnaire médical est de déterminer si vous êtes apte à pratiquer la plongée en apnée, pendant les entraînements et compétitions en piscine et en profondeur. Seul un Médecin peut vous examiner et attester de votre bonne condition physique. Une réponse positive à une des questions ne vous disqualifie pas nécessairement de l'apnée. Une réponse positive signifie qu'il y a une condition préexistante qui peut affecter votre sécurité pendant la pratique de l'apnée. Le Docteur doit signer à la fin du formulaire pour déclarer qu'il ne trouve aucune condition médicale incompatible à la pratique de l'apnée dans le cas où une case OUI est cochée.

Répondez SVP aux questions suivantes relatives à votre situation médicale passée et présente en cochant la case **OUI** ou **NON**. Si vous n'êtes pas certain, répondez **OUI**.

1	Conditions Neurologiques: Spécialement tout antécédent de crise, accident vasculaire cérébral, chirurgie cérébrale, syncopes ou évanouissements répétés, migraines sévères, anévrisme cérébral	OUI	NON
2	Conditions Cardiovasculaires: Spécialement crise cardiaque, chirurgie cardiaque, troubles du rythme cardiaque, hypertension		
3	Conditions Pulmonaires: Spécialement un antécédent de collapsus spontané des poumons, ou lié à un accident, de kystes ou de poches d'air des poumons, de graves dommages aux tissus pulmonaires, d'emphysème, ou tout problème interférent avec votre capacité de respirer		
4	Conditions du système auditif: Trous permanents des tympans, antécédent de perforation, drains permanents dans les tympans, troubles sévères ou perte d'audition dans une ou deux oreilles, chirurgie importante de l'oreille		
5	Conditions des sinus: Tumeur, polypes, ou kyste des sinus ou des cavités nasales, chirurgie importante des sinus, ou inflammations des sinus persistantes		
6	Asthme: Antécédent d'asthme ou de crises d'asthme. Tout antécédent de respiration sifflante causé par l'effort, l'anxiété, le froid, la fatigue,... Toute condition exigeant des médicaments et / ou l'utilisation d'un inhalateur pour le contrôle de la respiration sifflante		
7	Diabète Mellitus: Spécialement de Type I (Insulino dépendent) ou de Type II, qui exige de l'insuline ou des médicaments oraux pour le contrôle. Toute forme de diabète instable, "cassant" ou qui produit de l'hypoglycémie (réactions à un faible taux de sucre dans le sang), l'hyperglycémie (taux de sucre très élevé avec acétonémie) ou lié à une maladie rénale, des yeux, du cœur ou des vaisseaux sanguins		
8	Grossesse: Si vous êtes actuellement enceinte ou prévoyez de le devenir		
9	Conditions Apnée/Plongée sous-marine: Antécédent d'accident de plongée, maladie de décompression, décompression de l'oreille interne		
10	Médication: Tout médicament pris sur une base régulière, de votre plein gré, ou prescrit du médecin		
11	Problèmes médicaux généraux: Toute condition physique et/ou émotionnelle non mentionnée qui peut affecter votre sécurité dans un environnement aquatique ou votre jugement dans des périodes de stress physique ou émotionnel		



CERTIFICAT MEDICAL AIDA PAGE 2 (de 2)

Je certifie avoir répondu correctement et honnêtement aux questions qui précèdent.

Signature: _____

Nom de l'apnéiste: _____
(EN MAJUSCULE)

Date de Naissance*: _____

Date: _____

* Si l'apnéiste a moins de 18 ans, la signature d'un parent ou d'un tuteur est également requise.

Signature du participant, d'un parent ou d'un tuteur: _____

A COMPLETER PAR LE DOCTEUR EXAMINATEUR (Si une des cases 'OUI' de la page 1 est cochée)

- () Je ne trouve aucune contre indication médicale incompatible à la pratique de l'apnée
() Je ne suis pas en mesure de me prononcer sur l'aptitude de cette personne

Signature du Docteur: _____

Nom du Docteur: _____
(EN MAJUSCULE)

Date: _____

Téléphone du Docteur: _____

Cachet du Docteur
ou adresse:

Ma signature prouve que j'ai revu complètement la déclaration médicale de la personne