

Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques

Je soussigné(e) Docteur :

Exerçant à :

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Rayez les mentions inutiles*

médecin,	généraliste*	du sport*	fédéral* n° :
	diplômé de médecine subaquatique*		autre* :

et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :

☐ De l'ensemble des activités subaquatiques de loisir en pratique, encadrement et enseignement (*)

Ou bien seulement (cocher) :

- ☐ DES ACTIVITÉS DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME
- ☐ DES ACTIVITÉS EN APNÉE
- ☐ DE L'APNÉE EN PROFONDEUR > 6 METRES
- ☐ DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

(*) rayer éventuellement une des trois mentions si nécessaire

☐ de la ou des activité(s) suivante(s) EN COMPÉTITION (spécifier en toute lettre) :

Pour mémoire les particularités suivantes nécessitent un certificat délivré par un médecin fédéral, du sport ou qualifié :

- TRIMIX hypoxique
- APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition
- Reprise de l'activité après accident de plongée

Pour la pratique HANDISUB se référer au site : <https://handisub.ffessm.fr>

Conseil(s) de prévention s'il existe un ou des facteurs de risque tels que cardiovasculaires ou rachidiens (en particulier pour l'encadrement en plongée subaquatique...) relatif(s) au :

- ☐ risque d'accident de désaturation ☐ risque d'œdème pulmonaire d'immersion ☐ autres restrictions.

Les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical préalable à la pratique des activités subaquatiques fédérales, la liste des contre-indications et les conseils relatifs aux restrictions de pratique sont disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : <https://medical.ffessm.fr>

NOMBRE DE ☐ COCHÉE(S) (obligatoire) :

Pour les disciplines à contraintes particulières (plongée scaphandre et apnée en fosse ou milieu naturel), le CACI est obligatoire annuellement pour tous, majeurs et mineurs

Pour les autres disciplines fédérales non à contraintes particulières, le CACI est obligatoire annuellement pour les pratiquants âgés de 18 ans et plus (questionnaire de santé pour les mineurs).

En cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, la validité de ce certificat est suspendue.

En cas de pratique compétitive, l'absence de contre-indication à la pratique en compétition de la discipline concernée devra être spécifiée sur le CACI.

Ce certificat est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant

Fait à :

Date :

signature et cachet :

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 Commission Médicale et de Prévention Nationale.

	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* 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 Grefte 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 hypoglycémiant	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

Attention, ce document est destiné à faciliter la réalisation de la visite médicale ; il est confidentiel et ne doit pas être communiqué à un tiers.

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) : (*date approximative)

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) : _____

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 : (*date approximative)

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 :

Fiche d'examen médical d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

Attention, ce document est destiné à faciliter la réalisation de la visite médicale ; il est confidentiel et ne doit pas être communiqué à un tiers.

NOM :	Prénom :	Age :
Niveau de plongée / de pratique :	Compétition : ☐ oui - ☐ non	
Antécédents médicaux :	Antécédents chirurgicaux :	
Antécédents familiaux :	Traitements en cours :	
Allergies : ☐ oui - ☐ non	Symptomatologie d'effort :	
Plaintes ce jour :		

Taille :	Poids :	Croissance normale pour l'âge : ☐ oui - ☐ non
Anomalies métaboliques : ☐ oui - ☐ non	Facteurs de risques CV :	
Auscultation cardiaque normale ☐ oui - ☐ non	Auscultation pulmonaire normale ☐ oui - ☐ non	
TA repos :	Pouls périphériques ☐ oui - ☐ non	Etat veineux normal : ☐ oui - ☐ non
FC repos :	Souffle artériel ☐ oui - ☐ non	
ECG : <i>recommandé lors de la 1ère visite, tous les 3 ans de 12 à 35 ans, à chaque visite après 35 ans et/ou selon signes d'appel</i>		
rythme :	FC :	axe : PR :
aspect QRS :	QT :	QTc :
repolarisation :	indice de Sokolow :	
Bilan cardiologique spécialisé : ☐ oui - ☐ non <i>recommandé chez les sujets :</i> - présentant des facteurs de risque péjoratif : les obèses (IMC > 30), les hypertendus et les diabétiques - présentant l'association d'au moins 2 FR parmi : - âge > 40 ans (hommes) ou 50 ans (femmes) - tabagisme actif ou sevré depuis moins de 5 ans - dyslipidémie (LDL cholestérol > 1,5 g/L) - hérédité cardiovasculaire chez un ascendant du premier degré	Bilan pneumologique spécialisé : ☐ oui - ☐ non <i>recommandé chez les sujets présentant des signes fonctionnels respiratoires, en cas d'antécédent (notamment pour la plongée en scaphandre)</i>	

Anomalie(s) cardio respiratoire(s):

ORL	otoscopie normale : ☐ oui - ☐ non	Valsalva / équilibre normal ☐ oui - ☐ non
audition normale ☐ oui - ☐ non	équilibre normal ☐ oui - ☐ non	anomalie :
Acuité visuelle :	sans correction : œil droit :	œil gauche :
	avec correction : œil droit :	œil gauche :
Appareil locomoteur normal	mb inférieurs : ☐ oui - ☐ non	mb supérieurs : ☐ oui - ☐ non
Rachis : ☐ oui - ☐ non	<i>(en particulier jeunes, pratique NAP, hockey sub et orientation sub)</i>	
Etat bucco-dentaire : ☐ bon - ☐ moyen - ☐ mauvais - ☐ prothèse		
Psychisme normal ☐ oui - ☐ non	Remarques :	
Examen neurologique normal : ☐ oui - ☐ non		
Etat cutané :		
Autres :		

Conclusion (et signature médecin) :

Examens complémentaires / avis spécialisés à prévoir :

Demande d'évaluation par médecin de plongée (*pour adaptation des conditions de pratique*) : ☐ oui - ☐ non

Contre-indication : ☐ oui - ☐ non si oui : CI ☐ temporaire - ☐ définitive

Restrictions : Justification, remarques :

Date de l'examen :