



Annexe 7 Dossier médical (Uniquement lors de l'inscription de l'enfant)

A l'attention du médecin consulté

Cher Confrère,

L'enfant qui vous est présenté désire pratiquer la plongée sous-marine.

Nous souhaitons obtenir votre collaboration pour établir d'éventuelles inaptitudes à la plongée.

Le protocole d'examen comprend une anamnèse familiale et personnelle détaillée, et un examen clinique approfondi, dont les items sont repris dans la fiche médicale de plongée ci-jointe.

La réalisation des examens techniques suggérés dans cette fiche est laissée à votre entière appréciation. Nous attirons cependant votre attention sur leur réelle importance, particulièrement au niveau O.R.L., et vous demandons d'être tout spécialement attentif aux « signes d'appel » :

Sur le plan neurologique : hypoxies néonatales, convulsions hyperthermiques, suspicions d'absences (« distraction » scolaire...), hyperkinésie, ...

Sur le plan cardio-vasculaire : troubles végétatifs, manque de goût pour l'effort, souffles et troubles du rythme éréthisme cardio-respiratoire, hyperpersudation,...

Sur le plan ORL : infections répétitives, ronflements, respiration buccale, suspicion de « glue ear » »...

La fiche médicale de plongée doit être soigneusement complétée par les parents en ce qui concerne l'anamnèse, et par vous-même pour l'examen clinique (dernière page).

Cette fiche sera remise aux parents, qui devront la faire parvenir au médecin coordinateur de la Ligue.

(N.B. : L'examen médical d'aptitude ne peut pas faire l'objet d'un remboursement de l'INAMI !)

Si vous éprouvez la moindre hésitation concernant une possible inaptitude, n'hésitez pas à contacter un des médecins fédéraux repris ci-dessous.

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration !

Si vous êtes intéressé par la réalisation de ce type d'examen, nous vous invitons à vous faire connaître auprès d'un des médecins fédéraux, afin que nous puissions constituer pour l'avenir une liste de médecins qui, après avoir participé à un séminaire d'information, seraient agréés par la ligue comme médecins « référence » pour ce genre d'examen.

Bien confraternellement,

Dr Albert Maernhoudt voie du Roman Pays, 46, à 1348 Louvain-La-Neuve

010/45.01.01

Dr. Guy Vandenhoven Avenue Jules Malou, 63, à 1040 Bruxelles

02/649.51.29

Médecin coordinateur : Dr. A. Maernhoudt, voie du Roman Pays, 46, à 1348 Louvain-La-Neuve

DOSSIER MEDICAL DE PLONGEE ENFANT

NOM : PRENOM : Sexe : Masc. Fém.

DOMICILE : Rue..... N°:

Code Postal Commune : Téléphone :

Enseignement : Primaire - Secondaire - Professionnel - Spécial Club :

Groupe sanguin : Rh : Allergie aux :

Médicaments :

Note importante : De fausses déclarations vous font courir des dangers que le médecin peut parfois vous éviter par ses conseils. Les renseignements que vous fournissez sont soumis au secret professionnel du médecin ! La fiche reste sous la garde de celui-ci. Le dossier médical plongée – enfant reste sous la garde du médecin-examineur agréé.

Antécédents sportifs

Mentionnez la date approximative du début de la pratique Mentionnez votre (vos) :

Natation : / / Sport(s) habituel(s) :

Plongée : / / Sport(s) occasionnel(s) :

Plongée en scaphandre : / /

Accident(s) ou incident(s) de plongée

Date (s) : / / Nature : Séquelles :

Date (s) : / / Nature : Séquelles :

Accident(s) ou incident(s) autre(s) sport(s)

Date (s) : / / Nature : Séquelles :

Date (s) : / / Nature : Séquelles :

Examen médical *	Année ----	Remarques **
AGE		
MORPHOLOGIE	cm	
Taille		
Poids	Kg	
Développement pubertaire		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
Périm. Thorac. : Ins./Exp.	/ cm	
VACCINATION *** (compléter la carte de vaccination)		<input type="checkbox"/> tétanos <input type="checkbox"/> diphtérie <input type="checkbox"/> poliomyélite <input type="checkbox"/> coqueluche <input type="checkbox"/> h.infl.B <input type="checkbox"/> rougeole <input type="checkbox"/> rubéole <input type="checkbox"/> oreillons <input type="checkbox"/> hépatite A <input type="checkbox"/> hépatite B <input type="checkbox"/> autre(s) :
SPIROMETRIE	L	
Capacité vitale		
Peak-flow ou Tiffeneau	L/min.	
V.E.M.S.	L/1sec.	
URINES : Glucose	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos	
Protéines	<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos	
O.R.L. :		G D
Oreille		
Gorge		
Sinus		
Nez		
Audiomètre	□□□□□□	G D
Tympanométrie	□□□□□□	
DENTITION :		
YEUX :		Vue : correction :
CŒUR/VAISSEAUX :		
Auscultation – Percussion		
Tension artérielle	mm Hg	
Pouls (repos)	/min	
ECG (repos)	□□□□□□	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal :
Epreuve effort :		
F.C. max.	/min	Epreuve : <input type="checkbox"/> cyclo-ergométrie : charge max. :
T.A. max.	Mm Hg	durée tot. :
F.C. récup. 1 min	/min	<input type="checkbox"/> step test
récup. 2 min	/min	Motif d'arrêt : <input type="checkbox"/> fatigue <input type="checkbox"/> dyspnée <input type="checkbox"/> autre(s) :
récup. 3 min	/min	
T.A. récup. 3 min.	mmHg	Epreuve d'effort : <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> anormale <input type="checkbox"/> à vérifier
E.C.G. (effort)	□□□□□□	
POUMONS :		
Auscultation – Percussion		
Rx thorax ****	□□□□□□	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal :
SYSTÈME LOCOMOTEUR :		
Musculature, hernies, défauts physiques		
SYSTÈME NERVEUX		
Réflexes, motricité fine		
Romberg		
E.E.G.	□□□□□□	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal :
EXAMENS A REFAIRE		Délais :
EXAMENS SPECIAUX		
DATE	□□□□□□	
APTITUDE		<input type="checkbox"/> apte plongée scaphandre <input type="checkbox"/> apte entraînement piscine <input type="checkbox"/> inapte temporairement <input type="checkbox"/> inapte définitif
PROFONDEUR MAXIMALE	Voir brevet	
Remarque(s)		
Signature du médecin :	Identification : (cachet)	

La présence d'un (des) parent(s)/tuteur est indispensable. ** Précisez (affection(s), date(s), traitement(s), ...) *** Marquez d'une croix si vaccination en ordre

**** examen optionnel

	NON *	OUI *	Remarques **	
ANTECEDENTS FAMILIAUX				
ANTECEDENTS PERSONNELS				
Affection(s) pulmonaire(s) (tuberculose, pleurésie, bronchite spastique, ...)				
Asthme				
Allergie (eczéma, urticaire, rhume des foins, ...)				
Affection(s) O.R.L. (rhinite, pharyngite récurrente, otite, mastoïdite, sinusite,...)				
Affection(s) digestive(s) (intolérance, oesophagite, gastrite, gastro-entérite, ...)				
Affection(s) rénale(s)				
Affection(s) cardiaque(s) (malformation, souffle, ...)				
Affection(s) circulatoire(s) (anémie, hypertension artérielle, hypotension artérielle, ...)				
Syncope(s) – évanouissement(s) – malaise(s)				
Affection(s) nerveuse (s) (dépression, hyperréactivité, ...)				
Affection(s) neurologique(s) (convulsions, tétanie, épilepsie, paralyse, ...)				
Affection(s) endocrine(s) (thyroïde, surrénale, diabète...)				
Affection(s) du système locomoteur (malformation, fractures, ...)				
Intervention(s) chirurgicale(s)				
Accident(s)				
Commotion(s) cérébrale(s)				
Maladie(s) infectieuse(s) - Malaria - Hépatite (jaunisse) - Scarlatine - Autre(s)				
Médicament(s) Prise régulière de médicament (s) ? Si oui, le(s)quel(s) et dose quotidienne			Nom(s)	Dose(s) journalière :

* Marquez d'une croix la colonne correspondante

** Si oui, précisez (affection(s), date(s), traitement(s)...)