

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Rue/NAP/Localité: \_\_\_\_\_  
Téléphone: \_\_\_\_\_  
Profession: \_\_\_\_\_  
Assurance maladie: \_\_\_\_\_



SGUHM  
SSMSH  
SSMSI  
SUHMS

## EXAMEN DE CONTRÔLE

---

Lors d'un changement de médecin, il est recommandé de se référer au protocole du premier examen.

### Anamnèse (à remplir par le médecin):

L'anamnèse et l'examen clinique ont pour but la recherche des critères d'exclusion pour la plongée sportive. Les fiches de contre-indications fournissent la définition de ces critères et indiquent les examens complémentaires éventuellement nécessaires. [Commandes du manuel auprès de SUHMS@tiscal.ch]

Date du dernier examen. Chez quel médecin ?

---

Accidents, maladies ou hospitalisations  
Médicaments  
Arrêt de travail de plus de trois semaines

---

Habitudes de vie  
(activités sportives, tabac, alcool)

---

Variations de poids

---

Expérience de plongée  
Nombre et fréquence des plongées

---

Incidents de plongée

---

Manifestations anormales ou problèmes lors de plongées:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Douleurs après une plongée           | <input type="checkbox"/> Difficultés d'équilibration des pressions |
| <input type="checkbox"/> Troubles sensitifs passagers         | <input type="checkbox"/> Vertiges                                  |
| <input type="checkbox"/> Céphalées                            | <input type="checkbox"/> Ivresse des profondeurs                   |
| <input type="checkbox"/> Manifestations cutanées              | <input type="checkbox"/> Epuisement                                |
| <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires ou articulaires | <input type="checkbox"/> Accès de panique                          |
- 

### Status:

Otoscopie sous manoeuvre de Valsalva

---

Coeur, poumons, tension artérielle, pouls

---

**De même que lors du premier examen, des investigations complémentaires seront nécessaires si des éléments anamnestiques ou cliniques font suspecter la présence d'une contre-indication à la plongée.**

**Appréciation / Remarques:**

Lieu / date :

Signature / timbre du médecin :

Signature candidat à la plongée :