

AUTOQUESTIONNAIRE POUR L'EXAMEN MÉDICAL D'APTITUDE À L'HYPERBARIE

CONFIDENTIEL MÉDICAL

Identification du service

Identification du salarié

- Avez-vous déjà pratiqué la plongée (en apnée ou en scaphandre) ? OUI NON
- Avez-vous déjà travaillé en atmosphère comprimée ? OUI NON
- Dans l'affirmative, depuis quand ?
- à quel niveau (métier, classe, mention) ?
- nombre de plongées / d'expositions hyperbares ?
- Si oui, avez-vous déjà été victime d'accidents ou d'incidents ? OUI NON
- Dans l'affirmative, détaillez :
- Souffrez-vous ou avez-vous souffert :
- du dos, de douleurs articulaires OUI NON
 - d'allergies (urticaire, rhume des foins, conjonctivites, etc.) OUI NON
 - de maladies neurologiques (épilepsie, convulsions, etc.) OUI NON
 - des oreilles, du nez ou des sinus OUI NON
- Avez-vous eu :
- un traumatisme crânien, une perte de connaissance non expliquée OUI NON
 - des problèmes respiratoires (maladies pulmonaires, asthme, Covid-19,) OUI NON
 - des problèmes cardiaques OUI NON
 - des troubles de la vue OUI NON
 - des vertiges ou des troubles de l'équilibre OUI NON
 - des bourdonnements ou sifflements d'oreille OUI NON
 - des fractures, entorses, luxations OUI NON
- Si oui, précisez la nature, le siège des ces traumatismes et la date :
- Suivez-vous un traitement ? OUI NON
- Dans l'affirmative, lequel ?
- Avez-vous été déjà hospitalisé ? OUI NON
- Dans l'affirmative, veuillez en indiquer la date et la raison : --/--/----
-
- Vous sentez-vous en bonne forme physique et psychique ? OUI NON
- Pratiquez-vous régulièrement un sport ? OUI NON
- Si oui, lequel ?
- Faites-vous plus de 30 minutes d'activité physique chaque jour ? OUI NON
- Êtes-vous fumeur ? OUI NON
- Si oui : combien de cigarettes par jour ?
- Avez-vous déjà consommé des produits stupéfiants ? OUI NON
- Si oui : lesquels ?
- Avez-vous subi un ou des examens complémentaires (p. ex. radiographie, prise de sang, électrocardiogramme, etc.) OUI NON
- Portez vous un appareil dentaire ? OUI NON
- Portez vous des lentilles de contacts ? OUI NON
- Des problèmes de santé se sont-ils déclarés chez vos parents, grands-parents, frères, sœurs, oncles, tantes ou enfants ? OUI NON

Fait à : le :

Signature :