**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 : …………………………