

Examen d'aptitude à la plongée pour enfants et adolescents

Renseignements personnels

Prénom:

Nom:

Date de naissance:

Adresse:

NPA:

Ville:

Numéro de téléphone:

Assurance:

Numéro d'assuré:

Club de plongée:

Nom et prénom du père:

Nom et prénom de la mère:

Le présent document peut servir comme documentation et aide-mémoire pour l'examen de l'enfant candidat à la plongée sous-marine en scaphandre autonome.

Il existe cependant une étude suisse qui a pour but de suivre les enfants plongeurs, et à laquelle nous encourageons vivement tous les médecins examinateurs de plongeurs de participer.

Dans ce cas, et dans un but d'anonymisation, la présente page sera conservée dans le dossier de l'enfant. Les pages suivantes pourront être faxées au coordinateur de l'étude, munies de coordonnées qui permettront de retrouver le médecin déclarant et, en cas de nécessité, le patient annoncé, seulement après accord de ce dernier.

Coordinateur de l'étude:

Dr Panchard Marc-Alain, Pédiatre FMH, Rue d'Italie 58, 1800 VEVEY, fax 021 921 33 86.

Merci de votre collaboration

Examen d'aptitude à la plongée pour enfants et adolescents

	<u>NON</u>	<u>OUI</u>	<u>COMMENTAIRES</u>
<u>Anamnèse familiale</u>			
Parents plongeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plongeurs dans la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Antécédents personnels</u>			
Prématurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dysplasie broncho-pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avis pneumologique. Fonctions.
Rétinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avis ophtalmologique.
Opérations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exclure shunt résiduel.
Pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avis pneumologique. Fonctions.
Cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exclure risque épileptique.
Abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contre-indication.
Mucoviscidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avis pneumologique. Fonctions.
Nécrose aseptique (Perthès ou autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apte si guéri.
Pathologie rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apte si calme.
Hyperactivité avec déficit d'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apte si stable sous traitement.
Antécédent de cancer de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avis oncologique.
Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avis hématologique. Dépend de crase sous traitement. Chambre implantable n'est pas une contre-indication.
Malabsorption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contre-indication si gaz importants
Otites à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tympanogramme.
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contre-indication.
Toux chronique ou à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avis pneumologique. Fonctions.
Troubles des organes des sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selon gravité: plongée handicap.
Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selon gravité: plongée handicap.
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contre indication absolue
Autre endocrinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorisé selon stabilité.
Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evaluation comportementale.
Difficultés scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evaluation comportementale.
Difficultés en gymnastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evaluation cardio-pulmonaire.
Participation à d'autres activités de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indication sur respect des consignes.
Age de l'apprentissage de la natation			Indication sur aquacité.
Fréquence de natation			Indication sur aquacité.
Accident de plongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contre-indication.
Suivi psychologique, logopédique, autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problème potentiel?

Anamnèse systématique

Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnée d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnée nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronflements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnées obstructives nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhées à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chutes à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivation

Désir récent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désir d'accompagner parent / ami / frère-soeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande de l'enfant (et non proposition du parent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attentes disproportionnées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contexte de la plongée

Cours structuré, en Suisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plongeur déjà breveté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plongées de vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moniteurs spécialement formés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation reconnue (CMAS, PADI, NAUI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel spécifique à disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen

Poids :

Taille :

BMI:

PC:

TA:

Fréq. card:

Les paramètres supérieurs aux percentile 97 ou inférieurs au percentile 3 font poser l'indication à un examen approfondi.

Système cardio-vasculaire

Rythme régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit surajouté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouls périphériques normaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Système respiratoire

Bruits normaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruits surajoutés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expiration libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Système digestif

Organomégalie

Ballonnement

ORL

Tympan intact

Tympan rétracté

Mobilité au Valsalva

Respiration nasale libre

Écoulement postérieur

Système nerveux

Audition (acoumétrie clinique) OK

Vision OK

Autres nerfs crâniens OK

ROT présents et symétriques

Force OK

Sensibilité OK

Équilibre OK

Peau

Lésions cutanées

Pâleur

Examens complémentaires

Tympanogramme:

Audiogramme:

Urines:

Formule sanguine:

Fonctions pulmonaires:

Echocardiographie:

Consultation spécialisée:

Conclusions

- Apte sans restriction particulière
- Apte dans contexte et limites spécifiques: CMAS, PADI, NAUI, Autre (souligner ce qui convient)
- Apte avec restriction de durée minutes et/ou de profondeur mètres.
- Apte avec autre restriction:
- Inapte.

Lieu, date

Signature du Médecin

Signature du requérant
et/ou de ses parents

Données d'anonymisation

Initiales:

Date de naissance:

Médecin annonceur (Tampon):