

# 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.

Les indications qui y figurent ne sont que des guides qui permettent de se focaliser sur les points essentiels.

Il est recommandé, pour une utilisation optimale de cette checklist, de se référer à l'article sur lequel elle est basée: Panchard MA et al. Recommandations pour l'estimation de l'aptitude à la plongée chez l'enfant. Paediatrica 2006;17(4):10-14

Chaque situation étant particulière, il est suggéré, en cas de problème, de prendre conseil auprès d'un médecin maîtrisant la pédiatrie et la médecine de la plongée.

L'auteur est à disposition pour toute question.

Dr Panchard Marc-Alain, Pédiatre FMH, Medical Examiner of Divers, Hôpital Riviera-Chablais, Site du Samaritain, Service de pédiatrie, Bd Paderewski 3, 1800 Vevey. +41 21 923 48 45. Fax: +41 21 923 49 04. [marcalain.panchard@hopitalrivierachablais.ch](mailto:marcalain.panchard@hopitalrivierachablais.ch)

# Examen d'aptitude à la plongée pour enfants et adolescents

	NON	OUI	COMMENTAIRES
<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, fonction.
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"/>	
Valve anti-reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En principe contre-indiqué.
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 selon réponse au 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 sauf exception.
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indication sur aquacité.



## Système respiratoire

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

## Système digestif

Organomégalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ballonnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ORL

Tympan intact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tympan rétracté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité au Valsalva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiration nasale libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écoulement postérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Système nerveux

Audition (acoumétrie clinique) OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres nerfs crâniens OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROT présents et symétriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Force OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilité OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équilibre OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Peau

Lésions cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pâleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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