

# FICHE MEDICALE

Cette fiche est une aide à la décision ; Elle est indicative, non exhaustive et n'a pas de caractère obligatoire

NOM	Mme, Mlle, Mr, Enfant : SPALTHOFF
Prénom	DANIEL
Date et lieu de naissance	08/01/1979, BIELEFELD, ALLEMAGNE
Profession	FONCTIONNAIRE UNICEF

INTERROGATOIRE		
Discipline(s) subaquatique(s) pratiquée(s)	PLONGEE DE LOISIR	
Date de début	JANVIER 2021	
Brevets fédéraux (dates)	NIVEAU 3 (en cours, FEVRIER 24)	
<b>Antécédents familiaux (avec dates) :</b> MERE : DECEDÉE D'UN CANCER DIGESTIF PERE : R.A.S. HTA.		
<b>Antécédents chirurgicaux (avec dates) y compris ORL, ophtalmo :</b> /		
<b>Antécédents médicaux (avec dates) :</b>		
Traitements en cours	AMLO-DENK (10 mg)	
Allergies	/	
Allergies médicamenteuses	/	
Appareil cardio-circulatoire	Malaise ou perte de connaissance	/
	Palpitations	/
	Oppression ou douleur thoracique	/
	Dyspnée, toux	/
	Valvulopathies	/
	Hypertension artérielle	III - 6 mmHg (juin 2023) = RAS.
	Maladies thromboemboliques	/
	Autre maladie cardiaque	/
Appareil respiratoire	Pneumothorax	/
	Asthme	/
	Infection du poumon ou de la plèvre	/
	Autre maladie respiratoire	/

ORL	Vertiges	/
	Troubles de l'audition	/
	Otalgie dysbarique	/
	Episodes infectieux à répétition	/
	Atteinte du nez, des fosses nasales ou des sinus	/
	Atteinte des tympans	/
	Autre pathologie ORL	/
Gynéco Obstétrique	Grossesse en cours	/
Ophtalmologique	Décollement de la rétine	/
	Kératocône	/
	Trouble de l'acuité visuelle	/
	Autre pathologie ophtalmologique	/
Digestif	Reflux	/
	Autre trouble digestif	/
Neurologique	Epilepsie	/
	AVC ou AIT à répétition	/
	Traumatisme crânien grave	/
	Autre pathologie neurologique	/
Neuropsychique	Affection psychiatrique	/
	Manifestations anxio-dépressives	/
	Utilisation de psychotrope	/
Appareil locomoteur	Sciatalgie	/
Maladies métaboliques	Diabète	/
Anomalies biologiques	Troubles de la crase sanguine	/
Dents	Odontalgie	/
	Prothèse mobile	/
Autre appareil		/
Statut vaccinal	Tétanos, Polio, Hépatite B	/
<b>Problèmes médicaux sportifs (dates, détails) :</b>		
/		
<b>Problèmes médicaux subaquatiques (dates, détails) :</b>		
Barotraumatisme des sinus		/
Barotraumatisme de l'oreille		/
Barotraumatisme pulmonaire		/
Accident de désaturation		/
Malaise		/
Panique		/
Syncope en apnée		/
Autre problème		/
<b>Important : Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et éventuellement mis à jour ; Je prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée.</b>		
<b>Signature du plongeur</b>		<b>ou des parents (mineur)</b>
		31/01/2024

# EXAMEN CLINIQUE

		Saison sportive		
	(Date)	30-01-2024		
Nombre de plongées depuis un an		70		
Prof. Maxi depuis un an		88 m.		
Plongée mélanges		+ Nitrox 30.		
Habitudes de vie	Sports réguliers (1h/sem) et années	20 ans		
	Fumeur	/		
	Alcool, autre...	occ.		

Biométrie	Taille	188			
	Poids	100.			
	IMC				
Examen cardio-vasculaire	Auscultation	/			
	T.A. repos	14/88			
	Fréquence cardiaque repos	62.			
	Résultats test d'adaptation à l'effort ( <b>Indice Ruffier</b> ou <b>Step test</b> ) :				
Examen pulmonaire	Auscultation	/			
Examen ORL	Tympan	/			
	Conduits auditifs	/			
	Equilibration/Valsalva	/			
	Acuité auditive (voix chuchotée ou test au diapason)	/			
Autre examen		/			

## EXAMENS PARA CLINIQUES

Dans certaines situations, en particulier pour toutes les pathologies notées « à évaluer » dans la liste indicatives des CI, le recours à des examens complémentaires et/ou à des spécialistes d'organes est nécessaire avant la prise de décision

	(Date)	31-01-2024		
Examen(s)		ECG-RAS		
		Hb = 14,7		
		Plc = 0,90		
		Audiog: RAS.		

## DECISION

	(Date)	31-01-2024		
Pas de contre indication		X.		
Contre indication définitive	Disciplines			
	Raison			
Contre indication temporaire	Disciplines			
	Raison			
	Durée			
Compétition				
Sur classement				
Peut encadrer				
Autres remarques				

  
**Dr Patrick CORREA**  
 3 Av. des Ambassadeurs Fann  
 Résidence Dakar - Sénégal  
 MEDECINE SUBAQUATIQUE / HYPERBARE  
 Tél : 33 824 26 71

**Certificat médical de non contre-indication**  
**à la pratique des activités subaquatiques**

Je soussigné Docteur

- Médecin diplômé de médecine subaquatique       Médecin fédéral n°  
 Médecin du sport(\*)       Autre(\*)

(\*) qui ne peuvent pas signer ce document pour les jeunes de 8 à 14 ans et pour les plongeurs handicapés. Pour les pathologies à évaluer signalées par une étoile (\*) sur la liste des contre indications, seul le médecin fédéral a compétence pour signer le certificat.

Certifie :

Avoir examiné ce jour	
Nom :	S P A L T M O F F
Né(e) le :	08/01/1979
Demeurant :	Neumoz Dakar
Prénom :	DANIEL
A :	BIGLEFELD

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable :

- à la pratique de l'ensemble des activités fédérales subaquatiques de loisir.  
 sauf :  
 à l'enseignement et à l'encadrement (préciser les disciplines) :  
 à la préparation et au passage du brevet suivant :

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations :

- de contre-indication aux compétitions dans la (les) discipline(s) suivante(s) :

Que le jeune sportif de 8 à 14 ans désigné ci-dessus a bénéficié des examens prévus par la réglementation FFESSM et qu'il ne présente pas à ce jour de contre-indication clinique à la pratique :

- de l'ensemble des activités fédérales de loisirs.  
 sauf :  
 à la préparation et au passage du brevet P1 .  
 des compétitions dans la (les) discipline(s) suivante(s) :

Pour la surveillance médicale des jeunes sportifs de 8 à 12 ans, je préconise la périodicité suivante :

- 6 mois       1 an

Que le jeune sportif désigné ci-dessus ne présente pas de contre-indication au surclassement pour la (les) discipline(s) suivante(s) :

Nombre de case(s) cochée(s) :  (obligatoire) 1

Remarques et restrictions éventuelles :

Je certifie avoir pris connaissance de la liste des contre indications à la pratique des activités fédérales établie par la Commission Médicale et Prévention de la FFESSM et de la réglementation en matière de la délivrance des certificats médicaux au sein de la FFESSM

Fait à : Dakar.

le : 31-01/2024      Signature et cachet

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident de plongée, est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration. La liste des contre-indications aux activités fédérales est disponible sur le site fédéral : <http://www.ffessm.fr>

**Dr Patrick CORREA**  
 3 Av. des Ambassadeurs Fann  
 Résidence Dakar - Sénégal  
 MEDECINE SUBAQUATIQUE / HYPERBARE  
 Tél : 33 824 26 71



UNDERSEA &  
HYPERBARIC  
MEDICAL  
SOCIETY

## Examen Medical du Plongeur | Questionnaire

La plongée sous-marine et l'apnée récréative nécessitent une bonne santé physique et mentale. Il y a quelques conditions médicales qui peuvent être dangereuses pendant la plongée, énumérées ci-dessous. Ceux qui ont ou sont prédisposés à l'une de ces conditions doivent être évalués par un médecin. Ce questionnaire médical pour plongeurs fournit une base pour déterminer si vous devez demander cette évaluation. Si vous avez des inquiétudes concernant votre condition physique pour la plongée qui ne sont pas reprises sur ce formulaire, consultez votre médecin avant de plonger. Si vous vous sentez mal, évitez de plonger. Si vous pensez avoir possiblement une maladie contagieuse, protégez-vous et protégez les autres en ne participant pas à la formation et / ou aux activités de plongée. Les références à la «plongée» sur ce formulaire englobent à la fois la plongée sous-marine de loisir et l'apnée. Ce formulaire est principalement conçu comme une évaluation médicale initiale pour les nouveaux plongeurs, mais convient également aux plongeurs qui suivent une formation continue. Pour votre sécurité et celle des autres personnes susceptibles de plonger avec vous, répondez honnêtement à toutes les questions.

### Instructions

**Remplissez ce questionnaire préalablement à un cours de plongée sous-marine ou d'apnée.**

**Note aux femmes:** Si vous êtes enceinte ou tentez de devenir enceinte, ne plongez pas.

1	J'ai eu des problèmes pulmonaires/respiratoires, cardiaques, sanguins ou j'ai été diagnostiqué avec le COVID-19.	Oui <input type="radio"/> Allez à la case <b>A</b>	Non <input checked="" type="radio"/>
2	Je suis âgé de plus de 45 ans.	Oui <input checked="" type="radio"/> Allez à la case <b>B</b>	Non <input type="radio"/>
3	J'ai du mal à faire des efforts physiques modérés (par exemple, marcher 2 km en 15 minutes ou nager 200 mètres sans me reposer), ou: je n'ai pas pu participer à une activité physique normale pour des raisons de forme physique ou de santé depuis 12 mois.	Oui <input type="radio"/> *	Non <input checked="" type="radio"/>
4	J'ai eu des problèmes aux yeux, aux oreilles, aux conduites nasales ou sinus.	Oui <input type="radio"/> Allez à la case <b>C</b>	Non <input checked="" type="radio"/>
5	J'ai subi une intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois; ou: j'ai des problèmes chroniques liés à une intervention chirurgicale antérieure.	Oui <input type="radio"/> *	Non <input checked="" type="radio"/>
6	J'ai perdu connaissance, j'ai eu des migraines, des convulsions, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien important ou je souffre de lésions ou maladies neurologiques persistantes.	Oui <input type="radio"/> Allez à la case <b>D</b>	Non <input checked="" type="radio"/>
7	Je suis actuellement sous traitement (ou j'ai eu besoin d'un traitement au cours des cinq dernières années) pour des problèmes psychologiques, des troubles de la personnalité, des crises de panique ou une dépendance à la drogue ou à l'alcool; ou, on m'a diagnostiqué un trouble d'apprentissage.	Oui <input type="radio"/> Allez à la case <b>E</b>	Non <input checked="" type="radio"/>
8	J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète.	Oui <input type="radio"/> Allez à la case <b>F</b>	Non <input checked="" type="radio"/>
9	J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente.	Oui <input type="radio"/> Allez à la case <b>G</b>	Non <input checked="" type="radio"/>
10	Je prends des médicaments sur ordonnance médicale (à l'exception des contraceptifs ou des antipaludéens autres que la méfloquine (Lariam).	Oui <input checked="" type="radio"/>	Non <input type="radio"/>

### Signature du participant

**Si vous avez répondu NON** pour les 10 questions ci-dessus, une évaluation médicale n'est pas requise. Veuillez lire et accepter la déclaration du participant ci-dessous en la signant et en la datant.

**Déclaration du participant:** J'ai répondu honnêtement à toutes les questions et je comprends que j'accepte la responsabilité des conséquences résultant de toute question à laquelle j'ai répondu de manière inexacte, ou de mon omission de divulguer tout problème de santé existant ou passé.

Signature du participant (ou, si mineur, signature du parent / tuteur du participant) requise

DANIEL SPALTMOFF

Nom du participant (en CAPITALES)

PHILIPPE GALUZET

Nom de l'Instructeur (en CAPITALES)

31/01/2024

Date (jj/mm/aaaa)

08/01/1979

Date de naissance (jj/mm/aaa)

NAUTIVUS

Nom de l'Institution (en CAPITALES)

\* **Si vous avez répondu OUI** aux questions 3, 5 ou 10 ci-dessus OU à l'une des questions de la page 2, veuillez lire et accepter la déclaration ci-dessus en la signant et en la datant ET amenez les trois pages de ce formulaire (Questionnaire du participant et Evaluation du médecin) à votre médecin pour une évaluation médicale. La participation à un cours de plongée nécessite l'approbation de votre médecin.

# Examen Medical du Plongeur | Suite du Questionnaire du participant

CASE A - J'AI / J'AI EU:		
Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie valvulaire cardiaque, pose de stent ou pneumothorax (poumon effondré).	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Asthme, respiration sifflante, allergies graves, rhume des foins ou voies respiratoires congestionnées au cours des 12 derniers mois, qui limitent mon activité physique / exercice.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Un problème ou une maladie touchant mon cœur tels que: angine de poitrine, douleur thoracique à l'effort, insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire d'immersion, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral; ou: je prends des médicaments pour toute affection cardiaque.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Bronchite récurrente et toux actuelle au cours des 12 derniers mois; ou: on m'a diagnostiqué d'un emphysème.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Un diagnostic de COVID-19.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
CASE B – J'AI PLUS DE 45 ANS ET:		
Je fume ou j'inhale de la nicotine par d'autres moyens.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
J'ai un taux de cholestérol élevé.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
J'ai une tension artérielle élevée.	Oui <input checked="" type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
J'ai eu un parent proche décédé subitement ou d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 50 ans; ou: j'ai des antécédents familiaux de maladie cardiaque avant l'âge de 50 ans (y compris des troubles du rythme cardiaque, une maladie coronarienne ou une cardiomyopathie).	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
CASE C – J'AI / J'AI EU:		
Une chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une maladie ou chirurgie de l'oreille, une perte auditive ou des problèmes d'équilibre.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
CASE D – J'AI / J'AI EU:		
Un traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une lésion ou maladie neurologique persistante.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Des migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois, ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Des syncopes, absences ou évanouissements (perte totale ou partielle de la conscience) au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une épilepsie, ou des convulsions; ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
CASE E – J'AI / J'AI EU:		
Des problèmes de comportement, des problèmes mentaux ou psychologiques nécessitant un traitement médical et/ou psychiatrique.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une dépression majeure, des idées suicidaires, des attaques de panique, un trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement médicamenteux ou psychiatrique.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Un diagnostic de problème de la santé mentale ou un trouble d'apprentissage ou de développement qui nécessite des soins continus.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une dépendance à la drogue ou à l'alcool nécessitant un traitement au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
CASE F – J'AI / J'AI EU:		
Des problèmes de dos récurrents au cours des 6 derniers mois qui limitent mon activité quotidienne..	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Un diabète, contrôlé par médicament ou par régime; ou: un diabète gestationnel au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Des ulcères cutanés actifs ou non traités, des plaies chroniques ou une intervention chirurgicale pour ulcère au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
CASE G – J'AI EU:		
Une chirurgie pour stomie (gastrostomie, colostomie ou néphrostomie) sans avoir déjà l'autorisation médicale pour nager ou faire des activités physiques.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une déshydratation nécessitant une intervention médicale au cours des 7 derniers jours.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Des ulcères gastriques ou intestinaux actifs ou non traités; ou: traitement chirurgical de ces ulcères au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Des brûlures d'estomac fréquentes, régurgitation ou reflux gastro-œsophagien (RGO).	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une colite ulcéreuse active ou non contrôlée; ou: Maladie de Crohn.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>
Une chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="radio"/>	Non <input checked="" type="radio"/>

# Examen Medical du Plongeur | Formulaire d'évaluation du médecin

Nom du participant **DANIEL SPALSTROFF**

(en CAPITALES)

Date de naissance **08/02/1979**

Date (jj/mm/aaaa)

La personne susmentionnée demande votre avis sur son aptitude médicale à participer à une formation ou à une activité de plongée sous-marine ou de plongée en apnée. Si nécessaire, vous pouvez consulter [uhms.org](http://uhms.org) pour obtenir des conseils médicaux sur les conditions médicales liées à la plongée. Passez en revue les domaines pertinents pour votre patient dans le cadre de votre évaluation.

## Résultat de l'Evaluation

Approuvé - Je ne trouve aucune condition que je considère incompatible avec la plongée loisir ou l'apnée.

Non approuvé - Je trouve des éléments que je considère incompatibles avec la plongée sous-marine ou l'apnée.

Signature du médecin

Date (jj/mm/aaaa)

Nom du médecin

**PATRICK CORREA**

en CAPITALES

Spécialité

**Medecin subaquatique / Hyperb**

Clinique/Hôpital

**Sahel Assistance**

Adresse

**3 Av Des Ambassadeurs Fann Residence**

Téléphone

**338242671**

Email

**info@assistanamedicale.org**

Cachet du médecin/Clinique (optionnel)

**Dr Patrick CORREA**  
3 Av. des Ambassadeurs Fann  
Résidence Dakar - Sénégal  
MEDECINE SUBAQUATIQUE / HYPERBARE  
Tél : 33 824 26 71

Créé par la [Diver Medical Screen Committee](http://Diver Medical Screen Committee) en association avec les organismes suivants:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**