

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 : <i>Diausso</i>
Prénom	<i>Amaury</i>
Date et lieu de naissance	<i>23/11/1988 à Dakar</i>
Profession	<i>Scaphandre</i>

INTERROGATOIRE

Discipline(s) subaquatique(s) pratiquée(s)	
Date de début	
Brevets fédéraux (dates)	<i>Classe 2 D juin 2019</i>

Antécédents familiaux (avec dates) :

Antécédents chirurgicaux (avec dates) y compris ORL, ophtalmo :

Antécédents médicaux (avec dates) :

Traitements en cours		
Allergies		
Allergies médicamenteuses		
Appareil cardio-circulatoire	Malaise ou perte de connaissance	<i>/</i>
	Palpitations	<i>/</i>
	Oppression ou douleur thoracique	<i>/</i>
	Dyspnée, toux	<i>/</i>
	Valvulopathies	<i>/</i>
	Hypertension artérielle	<i>/</i>
	Maladies thromboemboliques	<i>/</i>
	Autre maladie cardiaque	<i>/</i>
Appareil respiratoire	Pneumothorax	<i>/</i>
	Asthme	<i>/</i>
	Infection du poumon ou de la plèvre	<i>/</i>
	Autre maladie respiratoire	<i>/</i>

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	/
Problèmes médicaux sportifs (dates, détails) :		
Problèmes médicaux subaquatiques (dates, détails) :		
Barotraumatisme des sinus		/
Barotraumatisme de l'oreille		/
Barotraumatisme pulmonaire		/
Accident de désaturation		/
Malaise		/
Panique		/
Syncope en apnée		/
Autre problème		/
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.		
Signature du plongeur		ou des parents (mineur)
		

EXAMEN CLINIQUE

	(Date)	Saison sportive			
Nombre de plongées depuis un an		70			
Prof. Maxi depuis un an		18m			
Plongée mélanges		/			
Habitudes de vie	Sports réguliers (1h/sem) et années				
	Fumeur	/			
	Alcool, autre...				

Biométrie	Taille	173			
	Poids	109 kg			
	IMC				
Examen cardio-vasculaire	Auscultation	/			
	T.A. repos	134/83			
	Fréquence cardiaque repos	62			
	Résultats test d'adaptation à l'effort (Indice Ruffier ou Step test) :				
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)	20-02-2005		
Examen(s)		Tb: 2,52++		
		ECG: RAS.		

DECISION

		(Date)	21-02-05		
Pas de contre indication			d		
Contre indication définitive	Disciplines				
	Raison				
Contre indication temporaire	Disciplines				
	Raison				
	Durée				
Compétition					
Sur classement					
Peut encadrer					
Autres remarques					

Assistance Médicale Sénégal

BP 5606 – Fann, Dakar Sénégal. Tel/Fax : 33824.26.71 - E-mail : info@assistancemedicale.org



www.assistancemedicale.org

AVIS MEDICAL D'APTITUDE AUX INTERVENTIONS EN MILIEU HYPERBARE

Je soussigné Docteur,

DIU ou DU Médecine hyperbare DIU ou DU Médecine de la plongée Autre

Certifie, après l'avoir examiné(e) :

Mr-Mme-Mlle

Nom : **AMADY**

Prénom : **DIARISSO**

Né(e) le : **23/11/1988**

à : **DAKAR**

Est déclaré(e) :

APTE



INAPTE



Aux interventions en milieu hyperbare

CLASSE : **2**

MENTION : **A**

Date de limite de validité de cette décision : **20/02/26**

Fait à : **DAKAR**

le : **21/02/25**

Signature :



AMS- CC 500715/F – NINEA 04149960R9
N° 09693 MFSNEFMF/DDC/D.ONG du 13.11.2008