

# 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 :	KUHN
Prénom		PHILIPP
Date et lieu de naissance	04 SEP 1982 BRÜHL, ALLEMAGNE	
Profession	BANQUE MONDIALE	

## INTERROGATOIRE

Discipline(s) subaquatique(s) pratiquée(s)	INSTRUCTEUR (OWSI)		
Date de début	DEPUIS 2022		
Brevets fédéraux (dates)	OPEN WATER 2023 ADVANCED OPEN WATER 2023	RESCUE 2024	DIVEMASTER 2025

### Antécédents familiaux (avec dates) :

ROSWITHA KUHN 1949 - 2022

ALBERT KUHN 1948 - 2020

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

Amygglades & polype ca. 1989

Rhinoplastie 2021

### Antécédents médicaux (avec dates) :

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

## EXAMEN CLINIQUE

		Saison sportive			
(Date)		<i>19-03-2020</i>			
Nombre de plongées depuis un an		<i>50</i>			
Prof. Maxi depuis un an		<i>40 minutes</i>			
Plongée mélanges		<i>36% O2 max.</i>			
Habitudes de vie	Sports réguliers (1h/sem) et années	<i>✓</i>			
	Fumeur	<i>✓</i>			
	Alcool, autre...	<i>accid.</i>			
Biométrie	Taille	<i>172.</i>			
	Poids	<i>97.</i>			
	IMC				
Examen cardio-vasculaire	Auscultation	<i>/</i>			
	T.A. repos	<i>108/188</i>			
	Fréquence cardiaque repos	<i>68</i>			
	Résultats test d'adaptation à l'effort (Indice Ruffier ou Step test) :	<i>/</i>			
Examen pulmonaire	Auscultation	<i>/</i>			
	Tympans	<i>/</i>			
Examen ORL	Conduits auditifs	<i>/</i>			
	Equilibration/Valsalva	<i>/</i>			
	Acuité auditive (voix chuchotée où test au diapason)	<i>/</i>			
	Autre examen	<i>Vue optique. Scan cœctal = OD 3 OG. 3 24 = 4. ISI = 10 +.</i>			

## 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)			
Examen(s)		<i>19-05-25</i>		
		<i>Cgémici = 0,98</i>		
		<i>Hb = 11,2.</i>		

## DECISION

	(Date)			
Pas de contre indication		<i>✓</i>		
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  
 Médecine SUBAQUATIQUE / HYPERBARE  
 Tél : 33 824 26 71



## Examen Médical 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 et/ou sanguins affectant mes performances physiques ou mentales normales.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case A	Non <input type="checkbox"/>
2	Je suis âgé de plus de 45 ans.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case B	Non <input type="checkbox"/>
3	J'ai du mal à faire des efforts physiques modérés (par exemple, marcher 1,6 km en 14 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="checkbox"/> * Non <input type="checkbox"/>	
4	J'ai eu des problèmes aux yeux, aux oreilles, aux conduites nasales ou sinus.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case C	Non <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/> * Non <input type="checkbox"/>	
6	J'ai des pertes de 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="checkbox"/> Allez à la case D	Non <input type="checkbox"/>
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 ou du développement.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case E	Non <input type="checkbox"/>
8	J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case F	Non <input type="checkbox"/>
9	J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case G	Non <input type="checkbox"/>
10	Je prends des médicaments sur ordonnance médicale (à l'exception des contraceptifs ou des antipaludéens autres que la melfloquine (Lariam).	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input type="checkbox"/>	

### 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

Date (jj/mm/aaaa)

Nom du participant (en CAPITALES)

Date de naissance (jj/mm/aaa)

Nom de l'instructeur (en CAPITALES)

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-dessous 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.

Nom du Participant

PHILIPP KUHN

(en CAPITALES)

Date de naissance

04-09-1982

Date (jj/mm/aaaa)

**Examen Médical du Plongeur | Suite du Questionnaire du participant****CASE A - J'AI / J'AI EU:**

Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie des valves cardiaques, dispositif médical implantable (par exemple, stent, stimulateur cardiaque, neurostimulateur), pneumothorax et/ou maladie pulmonaire chronique.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
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="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
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="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Bronchite récurrente et toux actuelle au cours des 12 derniers mois; ou: on m'a diagnostiqué d'un emphysème.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Symptômes affectant mes poumons, ma respiration, mon cœur et/ou mon sang au cours des 30 derniers jours qui altèrent mes performances physiques ou mentales	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>

**CASE B – J'AI PLUS DE 45 ANS ET:**

Je fume ou j'inhaler de la nicotine par d'autres moyens.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input type="checkbox"/>
J'ai un taux de cholestérol élevé.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input type="checkbox"/>
J'ai une tension artérielle élevée.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/> * Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input type="checkbox"/>

**CASE C – J'AI / J'AI EU:**

Une chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une maladie ou chirurgie de l'oreille, une perte auditive ou des problèmes d'équilibre.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>

**CASE D – J'AI / J'AI EU:**

Un traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une lésion ou maladie neurologique persistante.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Des migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois, ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Des syncopes, absences ou évanouissements (perte totale ou partielle de la conscience) au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une épilepsie, ou des convulsions; ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>

**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="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une dépression majeure, des idées suicidaires, des attaques de panique, un trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement médicamenteux ou psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Un diagnostic de problème de la santé mentale ou un trouble d'apprentissage ou de développement qui nécessite des soins continus, ou des mesures d'adaptation particulières.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une dépendance à la drogue ou à l'alcool nécessitant un traitement au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>

**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="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Un diabète, contrôlé par médicament ou par régime; ou: un diabète gestationnel au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
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="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>

**CASE G – J'AI EU:**

Une chirurgie pour stomie (gastrostomie, colostomie ou nephrostomie) sans avoir déjà l'autorisation médicale pour nager ou faire des activités physiques.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une déshydratation nécessitant une intervention médicale au cours des 7 derniers jours.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Des ulcères gastriques ou intestinaux actifs ou non traités; ou: traitement chirurgical de ces ulcères au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Des brûlures d'estomac fréquentes, régurgitation ou reflux gastro-œsophagien (RGO).	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une colite ulcéreuse active ou non contrôlée; ou: Maladie de Crohn.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>
Une chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> * Non <input checked="" type="checkbox"/>

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

Nom du participant PHILIPPE KHUN

(en CAPITALES)

Date de naissance

04-09-1982

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 d'un médecin certifié ou d'un prestataire de soins de santé légalement certifié

19-09-2025

Date (jj/mm/aaaa)

Nom de l'examinateur PATRICK CERRETA

en CAPITALES

Spécialité

MÉDECINE SUBAQUATIQUE

Clinique/Hôpital

SAHEL ASSISTANCE

Adresse

3 Avenue Du Ambassadeur Fann Residencia Dakar.

Téléphone

+221 33 824 26 71

Email

info@assistancemedicale.org

Cachet du médecin/Clinique (optionnel)

MR PATRICK CERRETA  
3 AV. DES AMBASSADEURS FANN  
RÉSIDENCE DAKAR - SÉNÉGAL  
MÉDECINE SUBAQUATIQUE / HYPERBARIQUE  
TÉL : 33 824 26 71

Créé par la [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

# 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 : **KUHN**

Prénom : **PHILIPP**

Né(e) le : **04/09/1982**

à : **BRUHL/ALLEMAGNE**

Est déclaré(e) : **APTE**  **INAPTE**

Aux interventions en milieu hyperbare **CLASSE : 2** **MENTION : B**

Date de limite de validité de cette décision : **19/09/26**

Fait à : **DAKAR** le : **19/09/25**

Signature :



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