



Nom du participant: _____

****IMPORTANT – L'ATHLÈTE DOIT LIRE LE DOCUMENT ENTIEREMENT****

L'apnée est une activité intense qui se déroule dans un milieu aquatique, qui peut, dans certaines conditions, augmenter le risque d'accident. Ce risque peut être augmenté significativement dans certaines conditions physiques. Ces mêmes conditions physiques ne seraient pas nécessairement un facteur de sécurité dans d'autres activités ardues ou sports. AIDA utilise en conséquence le questionnaire médical suivant pour vous faire prendre conscience de ces conditions. Tout manquement à remplir ces conditions avant de démarrer toute activité d'apnée, peut mettre votre santé en danger ainsi que votre sécurité et celle de toute personne avec qui vous ferez de l'apnée dans le futur.

Les règles de compétition AIDA International exigent un certificat médical de non-contre-indication à l'apnée pour pouvoir participer à des compétitions organisées par AIDA (voir section 3.1.8). Ce certificat répond à l'exigence de la section 3.1.8. Il doit être signé par un médecin, inclure des informations de contact, et être daté de moins d'un an avant le début de la compétition.

Répondez aux questions suivantes relatives à votre situation médicale passée et présente en cochant la case **OUI** ou **NON**.
Si vous n'êtes pas certain, répondez **OUI**.

		OUI	NON
1	Conditions Neurologiques: Spécialement tout antécédent de crise, accident vasculaire cérébral, chirurgie cérébrale, syncopes ou évanouissements répétés, migraines sévères, anéurisme cérébral		
2	Conditions Cardiovasculaires: Spécialement crise cardiaque, chirurgie cardiaque, troubles du rythme cardiaque, hypertension.		
3	Conditions Pulmonaires: Antécédents de collapsus spontané des poumons ou lié à un accident, de kystes ou de poches d'air des poumons, de graves dommages aux tissus pulmonaires, d'emphysème, surpression du poumon significatif, tout poumon presser la production de spume rosé ou tout problème interfèrent avec la capacité de respirer		
4	Conditions du système auditif: Trou permanent dans les tympans, antécédent de perforation, troubles sévères ou perte d'audition dans une ou deux oreilles, chirurgie importante de l'oreille.		
5	Conditions des sinus: Tumeur, polypes, ou kyste des sinus ou des cavités nasales, chirurgie importante des sinus, ou inflammations des sinus persistantes.		
6	Asthme: Antécédent d'asthme ou de crises d'asthme. Tout antécédent de respiration sifflante causé par l'effort, l'anxiété, le froid, la fatigue. Toute condition exigeant des médicaments et / ou l'utilisation d'un inhalateur pour le contrôle de la respiration sifflante.		
7	Diabète Mellitus: notamment du Type I (Insuline dépendent) ou de Type II, qui exige de l'insuline ou des médicaments oraux pour le contrôle. Toute forme de diabète instable, "cassant" ou qui produit de l'hypoglycémie (réactions à un faible taux de sucre dans le sang), l'hyperglycémie (taux de sucre très élevé avec acétonémie) ou lié à une maladie rénale, des yeux, du cœur ou des vaisseaux sanguins.		
8	Grossesse: Si vous êtes actuellement enceinte ou prévoyez de le devenir.		
9	Conditions Apnée/Plongée sous-marine: Antécédent d'accident de plongée, maladie de décompression, décompression de l'oreille interne.		
10	Médication: Tout médicament pris sur une base régulière, de votre plein gré, ou prescrit du médecin.		
11	Problèmes médicaux généraux: Toute condition physique et/ou émotionnelle non mentionnée qui peut affecter votre sécurité dans un environnement aquatique ou votre jugement dans des périodes de stress physique ou émotionnel.		

Si vous avez répondu OUI (à une ou plusieurs questions ci-dessus) veuillez détailler:

Signature du participant, d'un parent ou d'un tuteur (Si moins de 18 ans): _____

Date: ___/___/_____ Nom: _____

Date de naissance: ___/___/_____



EXAMEN PHYSIQUE: (Doit être rempli par un médecin autorisé, infirmier(e) praticienne, assistant du médecin)

Nom: _____ Age: _____ Date de naissance: ____/____/____

Taille: _____ Poids: _____ BP: _____ Pulse: _____ RR: _____ Sats(%): _____

	Normal	Anormal	Expliquer les résultats anormaux:
Apparence générale:			_____
Examen HEENT:			_____
Poumons:			_____
Cardiaques / Impulsions:			_____
Abdomen:			_____
Extrémités:			_____
Neurologiques:			_____

Sans contre-indications pour l'apnée.

Élimination après l'achèvement d'une évaluation supplémentaire pour: (la renonciation médicale doit être ajoutée): _____

Contre-indications de participer a toutes activités liés a l'apnée à cause: _____

Recommandations supplémentaires: _____

Signature du médecin: _____

Nom du médecin (En majuscules): _____

Cachet du médecin ou de l'adresse postale:

Avec cette signature ci-dessus, je déclare d'avoir complètement vérifié la déclaration médicale du demandeur et que aucune contre-indications à la pratique de l'apnée a pu être trouvée.

Date: ____/____/____