FFESSM
LIGUE DES PAYS NORMANDS

FFESSM
COMMISSION
MÉDICALE ET DE PRÉVENTION

Chère plongeuse, cher plongeur

La Commission médicale et de prévention de la Ligue des Pays Normands vous propose ce dossier médical.

Son but est de faciliter l'établissement de votre Certificat d'Absence de Contre-Indication à la plongée en coopération avec votre médecin.

Ce dossier comprend

- Un modèle de certificat médical CACI
- Un questionnaire médical à compléter avant d'aller voir votre médecin
- La liste des contre-indications à la plongée scaphandre

Vous trouverez d'autres précisions nécessaires en fonction de l'activité que vous pratiquez au sein de la FFESSM auprès de votre club.

En cas de doute vous pouvez consulter un médecin fédéral, ou votre médecin peut demander un avis auprès d'un des médecins fédéraux de notre région.

Bonnes bulles

La commission médicale et de prévention de la Ligue des Pays Normands

Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques

Je soussigné(e) Docteur, Exerçant à,

médecin O généraliste O du sport O fédéral n° :
O diplômé de médecine subaquatique O autre :

Certifie avoir examiné ce jour : **NOM :**

Né(e) le : **Prénom :**

et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :

☐ **de l'ensemble des activités subaquatiques EN LOISIR**

Ou bien seulement (cocher) **:** ☐ DES ACTIVITÉS DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME
☐ DES ACTIVITÉS EN APNÉE
☐ DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

de la ou des activité(s) suivante(s) EN COMPÉTITION (spécifier en toute lettre) **:**

avec un certificat nécessitant un médecin fédéral, du sport ou qualifié (cocher) **:**

☐ TRIMIX Hypoxique ☐ APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition
☐ Pratique HANDISUB ☐ Reprise de l'activité après accident de plongée

NOMBRE DE ☐ COCHÉE(S) (obligatoire) :

Remarque(s) et restriction(s) éventuelle(s) (en particulier pour l'encadrement en plongée subaquatique…) **:**

Un certificat est exigible toutes les 3 saisons (si renouvellement sans discontinuité de la licence) pour les disciplines : Nage avec Palmes, Nage en Eau Vive, Tir sur Cible, Hockey Subaquatique, Apnée jusqu'à 6 mètres. Pratique de l'activité jusqu'à expiration de la licence. **Un certificat est exigible tous les ans** pour la pratique de la Plongée Subaquatique (Plongée en Scaphandre en tous lieux et en Apnée au-delà de 6 mètres).
Sauf en cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, qui suspend la validité de ce certificat.
Il est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

Pour consulter la liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical, disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : **http://medical.ffessm.fr**

Fait à : **Signature et cachet :**

date :

CONTRE-INDICATIONS à la PLONGEE en SCAPHANDRE AUTONOME

Cette liste est indicative et non limitative. Les problèmes doivent être abordés au cas par cas, éventuellement avec un bilan auprès d'un spécialiste, la décision tenant compte du niveau technique (débutant, plongeur confirmé ou encadrant).
En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale et de Prévention Régionale, puis en appel, à la Commission Médicale et de Prévention Nationale.

	Contre indications définitives	Contre indications temporaires
Cardiologie	Cardiopathie congénitale Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillés Maladie de Rendu-Osler Valvulopathies(*)	Hypertension artérielle non contrôlée Coronaropathies : à évaluer(*) Péricardite Traitement par anti-arythmique :à évaluer(*) Traitement par bêta-bloquants par voie générale ou locale: à évaluer (*) Shunt D G découvert après accident de décompression à symptomatologie cérébrale ou cochléo-vestibulaire(*)
Oto-rhino-laryngologie	Cophose unilatérale Évidement pétromastoïdien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Déficit audio. bilatéral à évaluer (*) Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule peri-lymphatique Déficit vestibulaire non compensé	Chirurgie otologique Épisode infectieux Polypose nasosinusienne Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno-barique Crise vertigineuse ou au décours immédiat d'une crise Tout vertige non étiqueté Asymétrie vestibulaire sup. ou égale à 50%(6mois) Perforation tympanique(et aérateurs trans-tympaniques) Barotraumatismes de l'oreille interne ADD labyrinthique +shunt D-G :à évaluer(*)
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Asthme :à évaluer (*) Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opéré : à évaluer(*) Chirurgie pulmonaire	Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
Ophtalmologie	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde, ou de la papille,non stabilisées, susceptibles de saigner Kératocône au delà du stade 2 Prothèses oculaires ou implants creux Pour les N3, N4 , et encadrants : vision binoculaire avec correction<5/10 ou si un œil<1/10,l'autre <6/10	Affections aigues du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois Phacoémulsification-trabéculectomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois Greffe de cornée : 8 mois Traitement par béta bloquants par voie locale : à évaluer(*)
Neurologie	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave à évaluer
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement antidépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
Hématologie	Thrombopénie périphérique, thrombopathies congénitales. Phlébites à répétition, troubles de la crase sanguine découverts lors du bilan d'une phlébite. Hémophiles : à évaluer (*)	Phlébite non explorée
Gynécologie		Grossesse
Métabolisme	Diabète traité par insuline : à évaluer (*) Diabète traité par antidiabétiques oraux (hormis biguanides)	Tétanie / Spasmophilie
	Troubles métaboliques ou endocriniens sévères	
Dermatologie	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou vasculaire	
Gastro-Entérologie	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro-œsophagien à évaluer
Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen		
Toutes les pathologies affectées d'un (*) doivent faire l'objet d'une évaluation, et le certificat médical de non contre indication ne peut être délivré que par un médecin fédéral		
La reprise de la plongée après un accident de désaturation, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident de plongée sévère, nécessitera l'avis d'un Médecin Fédéral ou d'un médecin spécialisé selon le règlement intérieure de la C.M.P.N.		

Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

Date : _____
NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____Profession : _____
Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Avez-vous eu une perte de poids importante ces derniers mois ?

Activités physiques et subaquatiques :
Activité(s) subaquatique(s) pratiquée(s) ou en projet de pratique :

Date approximative des débuts de la pratique _____
Niveau de pratique : _____nombre de plongées au total : _____
Pratique : d'encadrement / d'enseignement : □ oui - □ non ; de compétition : □ oui - □ non
Pratique d'autres activités sportives : _____
Nombre d'heures d'activités physiques / sportives pratiquées par semaine : _____
Incidents ou accidents au cours de ces activités, y compris en plongée (préciser date et le type d'accident) :

Habitudes de vie :
Fumez-vous : □ oui - □ non si oui, nombre de cigarettes /jour : _____
Nature du produit fumé : _____
Avez-vous fumé : □ oui - □ non si oui, date d'arrêt : _____
Consommation de boissons alcoolisées : □ tous les jours : ____ verres/j - □ occasionnellement - □ jamais
Avez-vous été traité pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années ? □ oui - □ non
Autres toxiques consommés (y compris occasionnellement) :

Antécédents chirurgicaux / traumatiques :
Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) :

cardiaque	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
thoracique	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
sphère ORL	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
ophtalmologique	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
digestive	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
voies urinaires	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
colonne vertébrale	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
cerveau	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
orthopédique	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
autre	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :

Autres traumatismes et fractures :
Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien : □ oui - □ non ; si oui, précisez date* :_____
En dehors des opérations, avez-vous déjà été hospitalisé : □ oui - □ non
si oui, précisez date* et cause :

Antécédents médicaux :

Prenez-vous des médicaments tous les jours ou de façon régulière : □ oui - □ non
si oui, précisez lesquels :
Avez-vous des allergies : □ oui - □ non ; si oui, à quoi : _____
et quel type de manifestations :
Femmes : contraception : _____traitement de la ménopause : _____

Dans la famille (vos parents, oncles, tantes, frères et sœur) :
Problèmes cardio vasculaires : _____
Autres problèmes de santé particuliers (hémophilie, …) : _____
Mort subite précoce avant 50 ans (y compris nourrisson) : _____

**date approximative*

A l'effort et / ou dans l'eau, avez vous déjà ressenti :			
malaise ou perte de connaissance	□ oui - □ non	fatigue inhabituelle	□ oui - □ non
douleur thoracique	□ oui - □ non	trouble visuel ou impression de "trou noir"	□ oui - □ non
palpitations	□ oui - □ non	céphalées (maux de tête)	□ oui - □ non
essoufflement anormal	□ oui - □ non	vomissements ou douleurs abdominales	□ oui - □ non
respiration sifflante	□ oui - □ non	difficultés de récupération	□ oui - □ non
toux anormale	□ oui - □ non		

Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :

Malaise	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Perte de connaissance	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Crise d'épilepsie/ convulsion	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ?		□ oui - □ non	si oui, date* :
Cancer	□ oui - □ non	si oui, type et date* :	
Bronchites >3/an	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Asthme	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Respiration sifflante	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Pneumothorax	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Crachat de sang	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Essoufflement anormal	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Autre pb respiratoire	□ oui - □ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Douleur thoracique	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Hypertension artérielle, traitée ou non		□ oui - □ non	si oui, date* :
Infarctus / angine de poitrine	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Palpitations / troubles du rythme	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Notion de souffle cardiaque	□ oui - □ non	si oui, date* :	
AVC (attaque cérébrale) / AIT	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Autre problème cardio vasculaire	□ oui - □ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Diabète	□ oui - □ non	si oui, type et date* :	
Phlébite / embolie	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux …)		□ oui - □ non	si oui, date* :
Otites / sinusites >3/an	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Vertige, problème d'équilibre	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Trouble de l'audition	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Autre pb ORL	□ oui - □ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Port de lunettes et/ou lentilles	□ oui - □ non	si oui, vision :	□ de près - □ de loin
Autre pb ophtalmo	□ oui - □ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Reflux gastro-oesophagien	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Ulcère gastro duodénal	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Autre problème digestif	□ oui - □ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Problèmes récurrents de rachis / de dos		□ oui - □ non	si oui, date* :
Anxiété	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Dépression	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Attaque de panique	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Autre affection psychiatrique	□ oui - □ non	si oui, la(es)quelle(s) :	
Grossesse en cours ou envisagée		□ oui - □ non	

Etes-vous suivi / avez-vous été suivi pour des problèmes de santé que je ne vous ai pas demandé : □ oui - □ non ; si oui, lesquels :

Je certifie que ces renseignements sont exacts et prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée

Date : _____ *Nom et signature du pratiquant ou du responsable légal si mineur :*

**date approximative*

Médecins fédéraux LPM février 2018

N° Région	Dept	n°	Nom	Prénom	spécialité	médecine du sport	med sub/hyp	adresse professionnelle	CP	ville	tel professionnel	club	consultation pour certificat
22	14	014	BOUZIN	Christine	ORL	NON	S	4 bis rue Thiers	14800	DEAUVILLE	02 31 88 98 98	CHAN Honfleur	oui
22	14	017	BEAUPLET	Bérengère	GERIATRE	OUI	S	Service gériatrie CHU	14000	CAEN		CERSUB Bayeux	NON
22	14	006	DEPONT	FRANCOISE	généraliste R	NON	NON	861 rue du chemin vert	14123	IFS		CSC CAEN	NON
22	14	012	ERNOULT	Blanche	généraliste	NON	NON	EFS	14000	CAEN	02 31 44 41 18	CSC CAEN	NON
22	14	024	JEHAN	CLAUDE	Anesthésiste-réanimateur	NON	H	service réanimation	50300	CH Avranches	02 33 89 43 27	CSC CAEN	NON
22	14	020	LEVESQUE	Jacques-andré	généraliste	NON	NON	36 rue Nicolas Oresme	14000	CAEN	02 31 74 89 46	CP Léo lagrange	OUI
22	14	022	LE BLAY	Guillaume	généraliste	NON	NON	1 rue de la Bergerie	14280	ST GERMAIN La blanche HERBE	02 31 75 16 76	CAEN PLONGEE	OUI
22	14	018	MABIRE	Jean-Paul	cardio	NON	NON	CH Cote Fleurie	14113	CRICQUEBOEUF	02 31 89 80 65	CPTSM Trouville	OUI
22	14	016	MAIGNAN	Pascal	pneumo	OUI	NON	3 Place Jean Nouzille	14000	CAEN	02 31 82 84 17	YCPWATP	OUI
22	14	021	POMEY	Françis	Gyneco	NON	NON	6 rue la Vieuville	75018	PARIS	01 42 54 08 97	YCPWATP	NON
22	14	019	TANNE	Jean-Luc	généraliste	OUI	S	2 rue Henri Pepin	14470	COURSEULLES SUR MER	02 31 37 45 14	ACP COURSEULLES	non
22	27	006	COLLARD	MARC	généraliste	OUI	H	13 rue Hotel de ville	27480	LYONS LA FORET	02 32 49 60 33	KAWAN HANDIPLONG'EURE	OUI
22	27	004	FRIESS	DANIEL	généraliste	NON	S	2 rue de Paris	27950	SAINT MARCEL	02 32 21 21 30	STADE PTE NORMANDE VERNON	OUI
22	27	007	PETITCOLAS	François	généraliste	NON	NON	30 rue Aristide Briand	27250	RUGLES	02 32 24 13 44	ASB PLONGEE	OUI
22	27	008	MARTINET	Christophe	généraliste	OUI	H	IRMS	76230	BOIS GUILLAUME	02 78 77 53 63	AON EURE ET SEINE	OUI
22	27	009	DELAUNAY	Philippe	généraliste	non	S en cours	hopital Pierre Hurabielle	27310	Bourg-Achard		les aquanautes normands	non
22	50	014	BELEN	Dominique	pédopsy	NON	NON	17 rue Marcel Carné	50120	EQUEURDREVILLE		CNP CHERBOURG	NON
22	50	020	DE LABORDERIE	ERIC	generaliste	OUI	NON	7 place du champs de Mars	50000	SAINT LO	02 33 77 20 30	BARRACUDA ST LO	OUI
22	50	004	GOUDAL	Jean-Yves	stomato	NON	H	20 place Littré	50300	AVRANCHES	02 33 58 66 42	Club Sub Baie Mt St Michel	OUI
22	50	015	RUAULD	Stéfane	généraliste	NON	NON	11 Le vieux Chemin	50440	BEAUMONT-HAGUE	02 33 01 87 00	Hague Marine	OUI

22	50	019	SIMON	Thierry	pneumo	NON	NON	98 rue Marie Fougeray	50400	GRANVILLE	02 33 61 50 44	CSH Granville	OUI
22	76	043	BERTHELOT	Alain	généraliste	NON	NON	10 rue de l'Union	76190	YVETOT	02 35 56 84 28	PVCA	NON
22	76	004	CANDILLON	Jacques	généraliste	OUI	H	221 av du 8 mai	76610	LE HAVRE	02 35 45 66 45	PC COTE ALBATRE	OUI
22	76	025	DORIS	Jean-Yves	anesth-réa	NON	NON	Clinique de l'Europe	76100	ROUEN	02 32 18 14 56	AAC PETIT COURONNE	OUI
22	76	049	GLOC	Philippe	généraliste	NON	NON	CHGDieppe médecine gériatrique	76202	DIEPPE	02 32 14 70 90	CSSM Dieppe	OUI
22	76	015	LEMOUTON	Marie-Claire	anesth-réa	OUI	H	7 allée des camelias	76100	ROUEN	02 35 71 68 30	AAC PETIT COURONNE	NON
22	76	040	LERBOURG	Xavier	généraliste	OUI	NON	4 r Georges Clemenceau	76530	GRAND COURONNE	02 35 67 74 40	MANTA CLUB BOUCLE DE SEINE	OUI
22	76	048	MORLET	Jean-Yves	généraliste	OUI	NON	retraité				CSSM Dieppe	NON
22	76	051	PARENT	Marie	généraliste	NON	NON	300 Route de Rouen	76520	BOOS	02 35 80 20 80	GCOB Bihorel	OUI
22	76	055	PERROTTE	JULIEN	généraliste	NON	NON	16 place de la mairie	76560	Hericourt en Caux	02 35 96 51 35	PVCA	OUI
22	76	053	ROUDESLI	Mehdi	med sport	OUI	NON	IRMS	76230	BOIS GUILLAUME	02 78 77 53 63	GPE	OUI
22	76	038	SAUVI	Guy	ORL	NON	NON	Clinique du Val de Seine	76170	LILLEBONNE	02 35 39 67 59	CSG ND Gravenchon	OUI
22	76	045	SENEZ	Thierry	med travail	NON	S	route de Buchy	76690	CAILLY	02 35 34 96 15	GCOB Bihorel	OUI
22	76	021	TALBOT	Alain	généraliste	NON	NON	3 imp du Chemin de fer	76770	LE HOULME	02 35 75 76 26	GCOB Bihorel	OUI
22	76	054	VEBER	BENOIT	REA	non	non	CHU réanimation chirurgicale	76100	ROUEN	02 32 88 17 34	GCOB Bihorel	NON