



ECOLE NATIONALE DES SCAPHANDRIERS

V 2.1.1

VISITE MEDICALE

Tout candidat à la formation de plongeur professionnel est soumis à un contrôle d'aptitude médicale à l'hyperbarie effectué auprès d'un médecin spécialiste conformément à l'arrêté du 23 janvier 2016. La visite médicale est fondée sur un **auto-questionnaire** à compléter, des **examens complémentaires spécialisés** suivis d'un **examen clinique général**.

1. L'AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL

Vous trouverez ci-dessous le questionnaire à compléter et à nous retourner avec votre formulaire d'inscription. Il sera transmis au médecin hyperbare responsable de votre visite d'aptitude.

2. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES SPECIALISES

- A. Bilan biologique comprenant : NFS, glycémie à jeun, créatininémie, bilan lipidique : Cholestérol total, HDL, LDL, évaluation du débit de filtration glomérulaire, recherche d'une protéinurie.
- B. Electrocardiogramme de repos.
- C. Audiométrie tonale.
- D. Exploration Fonctionnelle Respiratoire.

Le bilan biologique doit être fait par vos soins dans le laboratoire d'analyses médicales de votre choix. Il doit être présenté au médecin **le jour de l'examen clinique général**.

Les trois autres examens complémentaires sont effectués à l'école au cours de la consultation de l'examen clinique général.

Après 40 ans ou si les réponses à l'auto-questionnaire le nécessitent, des examens complémentaires peuvent être demandés par le médecin examinateur.

3. L'EXAMEN CLINIQUE GENERAL

Il est effectué par le médecin hyperbare de l'ENS. Il se base sur le résultat des examens complémentaires spécialisés.

Vous devez impérativement passer cet examen à l'ENS AVANT le 1^{er} jour de votre formation.

Des consultations sont organisées sur rendez-vous tous les samedis précédant les débuts de stage. La réservation se fait par téléphone auprès de l'école au 04.94.54.01.01.

Prix de la visite médicale hyperbare : 190 € payables le jour de l'examen par chèque ou en espèces. Ce prix inclut : l'électrocardiogramme de repos, l'audiométrie tonale, l'Exploration Fonctionnelle Respiratoire ainsi que l'examen clinique général.

Ce prix ne comprend pas le bilan biologique.



ECOLE NATIONALE DES SCAPHANDRIERS

Auto-questionnaire pour l'examen médical d'aptitude CONFIDENTIEL

Prénom du candidat :

Nom :

Email :

Date de naissance :

Avez-vous déjà pratiqué la plongée (en apnée ou en scaphandre) ?	☐ OUI ☐ NON
Avez-vous déjà travaillé en atmosphère comprimée ?	☐ OUI ☐ NON
Dans l'affirmative - depuis quand ?.....	
- à quel niveau (métier, classe, mention) ?.....	
- nombre de plongées / d'expositions hyperbares ?.....	
(1) Si oui, avez-vous déjà été victime d'accidents ou d'incidents ?	☐ OUI ☐ NON
Dans l'affirmative, détaillez :	
(2) Souffrez-vous ou avez-vous souffert :	
- du dos, de douleurs articulaires	☐ OUI ☐ NON
- d'allergies (urticaire, rhume des foins, conjonctives, etc.)	☐ OUI ☐ NON
- de maladies neurologiques (épilepsie, convulsions, etc.)	☐ OUI ☐ NON
- des oreilles, du nez ou des sinus	☐ OUI ☐ NON
(3) Avez-vous eu :	
- un traumatisme crânien, une perte de connaissance non expliquée	☐ OUI ☐ NON
- des problèmes respiratoires (maladies pulmonaires, asthme, etc.)	☐ OUI ☐ NON
- des troubles de la vue	☐ OUI ☐ NON
- des vertiges ou des troubles de l'équilibre	☐ OUI ☐ NON
- des bourdonnement ou sifflements d'oreille	☐ OUI ☐ NON
- des fractures, entorses, luxations	☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez la nature, le siège de ces traumatismes et la date :	
(4) Suivez-vous un traitement ?	☐ OUI ☐ NON
Dans l'affirmative, lequel ?	
(5) Avez-vous été déjà hospitalisé ?	☐ OUI ☐ NON
Dans l'affirmative, indiquez la date et la raison ?/...../.....	
.....	
Vous sentez-vous en bonne forme physique et psychique ?	☐ OUI ☐ NON
Pratiquez-vous régulièrement un sport ?	☐ OUI ☐ NON
Si oui, lequel ?	
Etes-vous fumeur ?	☐ OUI ☐ NON
Si oui, combien de cigarettes par jour ?	
Avez-vous déjà consommé des produits stupéfiants ?	☐ OUI ☐ NON
Si oui : lesquels ?	
Portez-vous un appareil dentaire ?	☐ OUI ☐ NON
Portez-vous des lentilles de contacts ?	☐ OUI ☐ NON
Des problèmes de santé se sont-ils déclarés dans votre famille ?	☐ OUI ☐ NON
.....	

Fait à :

Le :

Signature :

Feuillet à renvoyer à l'E.N.S.