



Collecte de données Accident de plongée

Nom : _____

Sexe : M F

Date de l'événement : _____

ANTÉCÉDENTS			
Médical	Chirurgie		Date
_____	_____	Barotrauma pulmonaire <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	Barotrauma oreille <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	Accident déco type I <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	Accident déco type II <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	Embolie gazeuse artérielle <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	Asthme <input type="checkbox"/>	_____

HABITUDES			
MÉDICATIONS		Tabac <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	Drogues <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	Alcool <input type="checkbox"/>	_____
Allergies _____			

SYMPTÔMES			
Troubles d'équilibre <input type="checkbox"/>	Troubles de langage <input type="checkbox"/>	Vertige <input type="checkbox"/>	Hémoptysie <input type="checkbox"/>
Fatigue importante <input type="checkbox"/>	Convulsions <input type="checkbox"/>	Bourdonnement <input type="checkbox"/>	Chang. comportement <input type="checkbox"/>
Toux <input type="checkbox"/>	Essoufflement <input type="checkbox"/>	Diminution auditive <input type="checkbox"/>	Autre : _____
Apparition des symptômes :		Localisation	
descente <input type="checkbox"/>		Engourdissements <input type="checkbox"/>	_____
remontée <input type="checkbox"/>		Faiblesse motrice <input type="checkbox"/>	_____
fond <input type="checkbox"/>		Douleur thoracique <input type="checkbox"/>	_____
surface <input type="checkbox"/>		Douleurs articulaires <input type="checkbox"/>	_____
_____ h ou _____ min. après		Démangeaisons <input type="checkbox"/>	_____
		Éruption cutanée <input type="checkbox"/>	_____

PROBLÈMES DURANT LA PLONGÉE

Manque d'air	<input type="checkbox"/>	Nausée/étourdissement	<input type="checkbox"/>	Exercice intense	<input type="checkbox"/>
Ascension non contrôlée	<input type="checkbox"/>	Blessures	<input type="checkbox"/>	Problème d'équipement	<input type="checkbox"/>
Omission de décompression	<input type="checkbox"/>	Hypothermie	<input type="checkbox"/>	Essoufflement	<input type="checkbox"/>
Autre : _____					

INFORMATIONS PERTINENTES DE LA PLONGÉE

Nombre de plongée(s)	Type de plongeur	Équipement utilisé
Dans l'année en cours _____	Commercial <input type="checkbox"/>	Scaphandre autonome <input type="checkbox"/>
À vie _____	Sportif <input type="checkbox"/>	Alimentation de surface <input type="checkbox"/> _____
	Autre : _____	Autre : _____
Activité(s) des dernières 24h	Activité(s) après la plongée	Mélange gazeux
Fatigue <input type="checkbox"/> _____	Exercice intense <input type="checkbox"/> _____	N2% <input type="checkbox"/> _____
Alcool <input type="checkbox"/> _____	Alcool <input type="checkbox"/> _____	O2% <input type="checkbox"/> _____
Drogues <input type="checkbox"/> _____	Drogues <input type="checkbox"/> _____	He% <input type="checkbox"/> _____
Déshydratation <input type="checkbox"/> _____	Avion _____ heures après	Air <input type="checkbox"/> _____

Profil durant les derniers 24 heures

Heures

____ : ____ ____ : ____ ____ : ____ ____ : ____ ____ : ____ ____ : ____

Prof. max : ____ Prof. max : ____ Prof. max : ____

TTP : ____ : ____ TTP : ____ : ____ TTP : ____ : ____

TTP= temps total de plongée

CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES

Température	Combinaison	Température corporelle _____ °C
Eau : _____ °C	Wetsuit <input type="checkbox"/>	Observations : _____ _____ _____
Surface : _____ °C		
État de la mer _____	Drysuit <input type="checkbox"/>	
Courant _____		
Type de fond _____		