



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 _____ | | |