

Collecte de données Accident de plongée

Nom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : _____

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"/>	Vertiges <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"/>	_____	_____

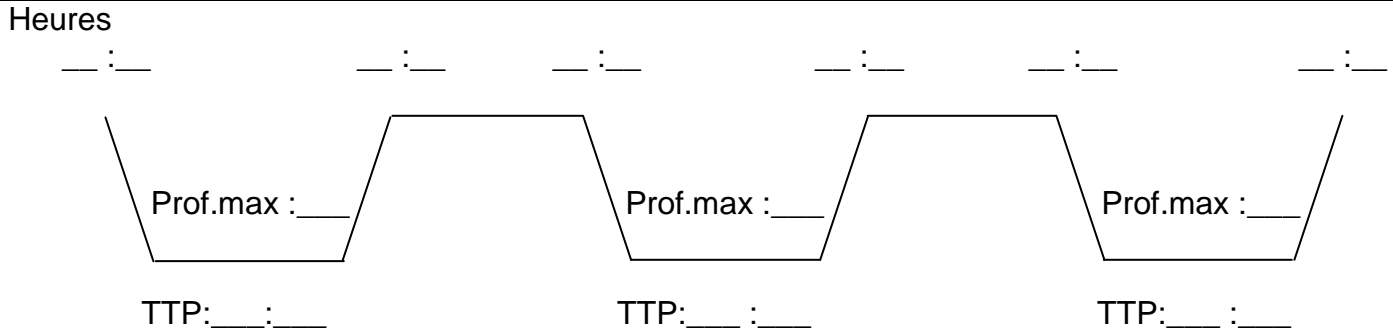
PROBLÈMES DURANT LA PLONGÉE

Manque d'air	<input type="checkbox"/>	Nausées/étourdissements	<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 utilisée
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



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 _____		

EXAMEN PHYSIQUE DU PLONGEUR

Glasgow Y : ___ V : ___ M : ___ Total : ___/15	Normal (N) Anormal (A)	<u>Fonctions cérébelleuses :</u>
<u>État général :</u>	N A	N A
A Alerte <input type="checkbox"/>	Cou <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Marche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
V Verbale <input type="checkbox"/>	Cœur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Funambule <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P (Pain) Douleur <input type="checkbox"/>	Poumons <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Romberg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
U (Unresponsive) <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Doigt-nez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Inconscient	Tympan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Talon-genou <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Mvts alternés <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<u>Nerfs crâniens :</u>					
	N	A		N	A
Vision/champs visuels (II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gag reflex (IX)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mvts oculaires (III,IV,VI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Élévation palais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilité (V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voix (X)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trapèzes, SCM (XI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audition (VIII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mvts langue (XII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Forces voir note :</u>			Note : Gradation des forces		
<u>MS</u>	D	G	<u>MI</u>	D	G
Deltoïde	___	___	Flex. hanche	___	___
Adduction	___	___	Extens. hanche	___	___
Biceps	___	___	Abduction	___	___
Triceps	___	___	Adduction	___	___
Flex-ext. poignet	___	___	Extens. genou	___	___
Préhension	___	___	Flex. genou	___	___
			Dorsiflexion pied	___	___
			Flexion plantaire	___	___
			0 : Aucun mouvement ↓ : Diminution N : Normal		

ROT (réflexes ostéotendineux)

