



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

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 : _____

<u>Apparition des symptômes</u> :		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"/>	_____

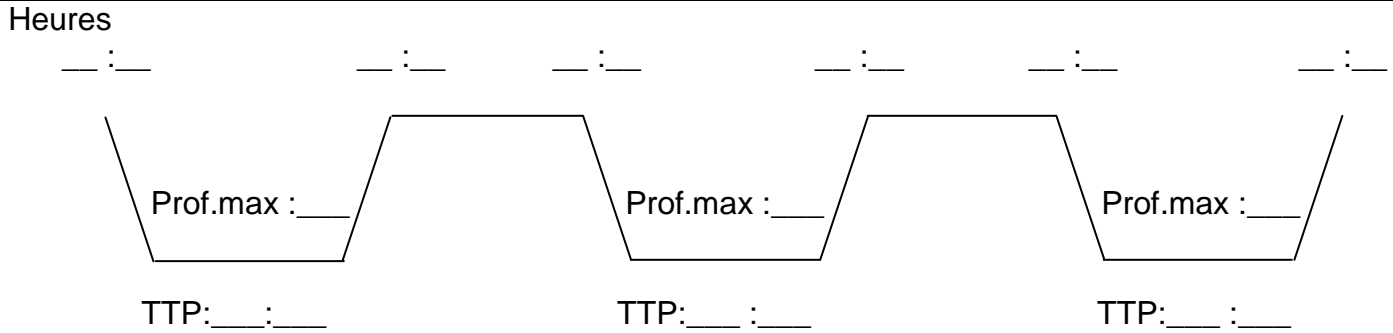
PROBLÈMES DURANT LA PLONGÉE

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 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 _____		

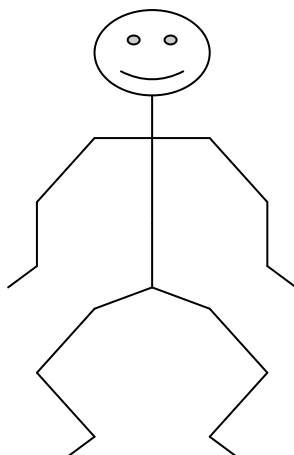
EXAMEN PHYSIQUE DU PLONGEUR

Glasgow Y : ___ V : ___ M : ___ Total : _____	Normal (N) Anormal (A)	<u>Fonctions cérébelleuses :</u> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">N</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marche</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Funambule</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Romberg</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Doigt-nez</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Talon-genou</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mvts alternés</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		N	A	Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Funambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Romberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doigt-nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Talon-genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mvts alternés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	N	A																								
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Funambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Romberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Doigt-nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Talon-genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Mvts alternés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<u>État général :</u> Alerte <input type="checkbox"/> Ralenti <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">N</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">A</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cou</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>Cœur</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>Poumons</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>Abdomen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>Tympan</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </tbody> </table>		N	A		Cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tympan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	N	A																								
Cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Tympan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								

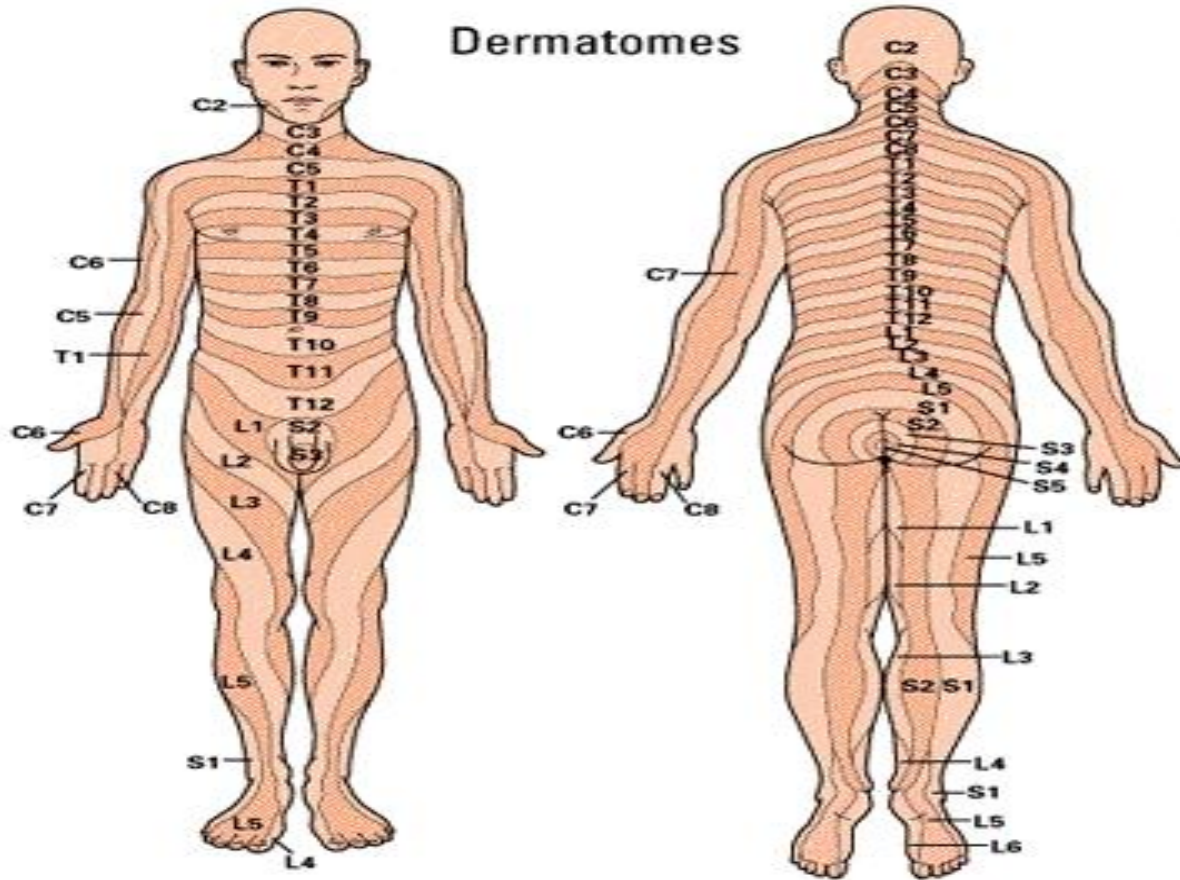
<u>Nerfs crâniens :</u>					
	N	A		N	A
Vision (II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gaz reflex (IX)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mvts oculaires (III,IV,VI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Élévation palais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 (0 à 5) voir note :</u>						Note : Gradation des forces
<u>MS</u>	D	G	<u>MI</u>	D	G	
Deltoïde	___	___	Flex. hanche	___	___	0 : Paralysie
Adduction	___	___	Extens. hanche	___	___	1 : Fasciculations
Biceps	___	___	Abduction	___	___	2 : Contraction, mais ne peut vaincre la gravité
Triceps	___	___	Adduction	___	___	3 : Mvts contre la gravité
Flech-ext. poignet	___	___	Extens. genou	___	___	4 : Peut opposer une certaine résistance
Préhension	___	___	Flex. Genou	___	___	5 : Force normale
			Dorsiflexion pied	___	___	
			Flexion plantaire	___	___	

ROT (réflexes ostéotendineux)



Examen physique du plongeur



Impression diagnostique et plan de traitement

Document complété par :

Nom : _____

Titre : _____

Signature : _____

Date : _____