

## 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"/>	Crachats sanguins <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 : _____
<b>Apparition des symptômes :</b>		<b>Localisation</b>	
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"/>	_____	_____

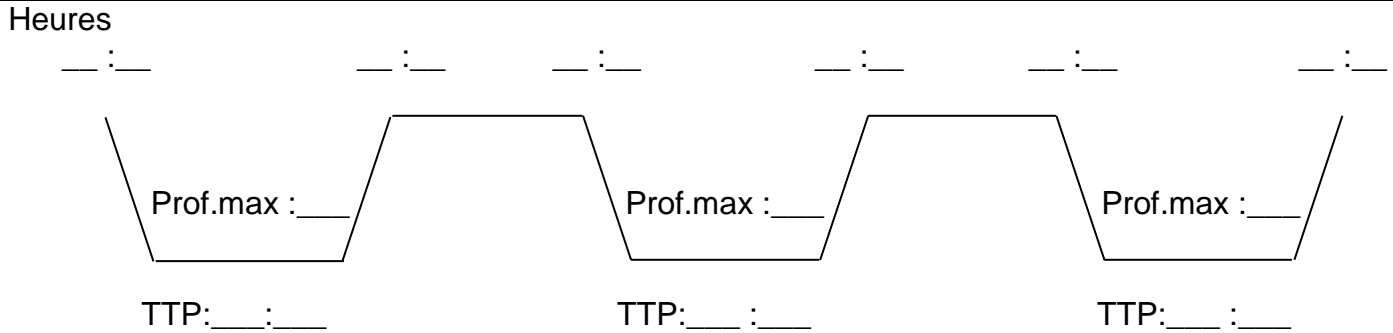
## PROBLÈMES DURANT LA PLONGÉE

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 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"/> _____	N <sub>2</sub> % <input type="checkbox"/> _____
Alcool <input type="checkbox"/> _____	Alcool <input type="checkbox"/> _____	O <sub>2</sub> % <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	<b>Normal (N)</b> <b>Anormal (A)</b>	<b><u>Fonctions cérébelleuses :</u></b>																																													
<b><u>État de conscience :</u></b> A Alerte <input type="checkbox"/> V Verbale <input type="checkbox"/> P (Pain) Douleur <input type="checkbox"/> U (Unresponsive) Inconscient <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">N</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">A</th> <th style="width: 10%;"></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"/>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">N</th> <th style="width: 10%; 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																																													
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																																													
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"/>																																													

<b><u>Nerfs crâniens :</u></b>					
	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"/>

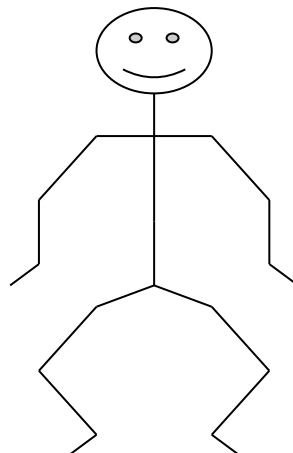
<b><u>Forces voir note :</u></b>			<b>Note : Gradation des forces</b>		
<b><u>MS</u></b>	D	G	<b><u>MI</u></b>	D	G
Deltoïde	___	___	Flex. hanche	___	___
Adduction	___	___	Extens. hanche	___	___
Biceps	___	___	Abduction	___	___
Triceps	___	___	Adduction	___	___
Flech-ext. poignet	___	___	Extens. genou	___	___
Préhension	___	___	Flex. genou	___	___
			Dorsiflexion pied	___	___
			Flexion plantaire	___	___

**0 : Aucun mouvement**

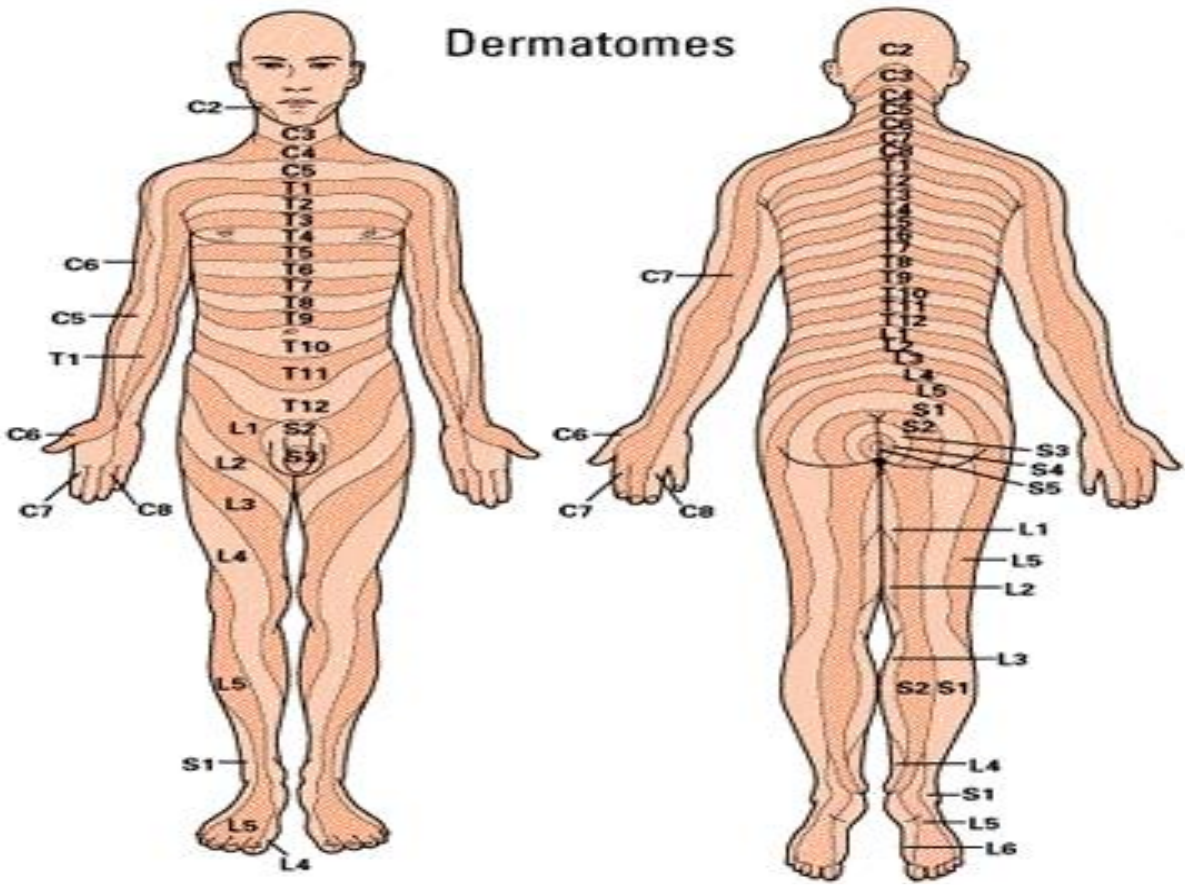
**↓ : Diminution**

**N : Normal**

### ROT (réflexes ostéotendineux)



Examen physique du plongeur



Impression diagnostique et plan de traitement

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Document complété par :  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Titre : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_