



Nom du Participant

(en majuscules)

Date de naissance

Date (JJ/MM/AA)

Examen Médical du Plongeur | Formulaire d'évaluation de l'examen médical

La personne susmentionnée demande votre avis sur son aptitude médicale à participer à une formation ou à une activité de plongée sous-marine ou de plongée en apnée. Veuillez consulter le site uhms.org pour obtenir des conseils médicaux sur les conditions médicales en rapport avec la plongée. Vérifiez les domaines pertinents pour votre patient dans le cadre de votre examen.

Résultat de l'Évaluation

Approuvé - Je ne trouve aucune condition que je considère incompatible avec la plongée loisir ou l'apnée.

Non approuvé - Je trouve des éléments que je considère incompatibles avec la plongée sous-marine ou l'apnée.

Signature d'un médecin diplômé ou d'un autre professionnel de la santé légalement agréé

Date (JJ/MM/AA)

Nom du médecin ayant réalisé l'examen

(en majuscules)

Titres/diplômes en médecine

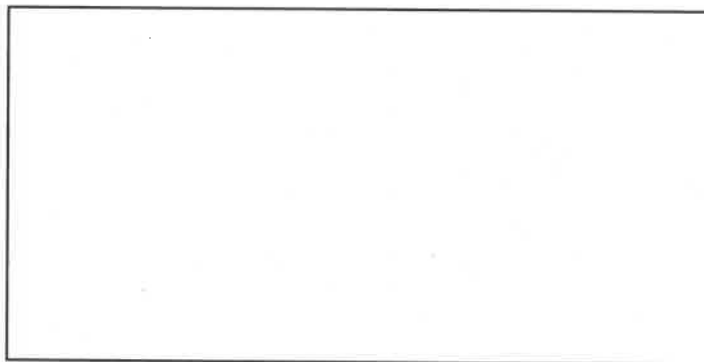
Clinique/Hôpital

Adresse

Téléphone

Email

Cachet du médecin/Clinique (optionnel)



Créé par la Diver Medical Screen Committee en association avec les organismes suivants:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (Etats-Unis)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

Naam Deelnemer

Geboortedatum

(Drukletters)

Datum (dd/mm/jjjj)

Duikmedisch onderzoek | MoEvaluatieformulier voor artsen

De bovengenoemde persoon vraagt uw opinie over zijn/haar medische geschiktheid om deel te nemen aan recreatieve duik- of freediving training of -activiteiten. Indien nodig, kan U op de website uhms.org informatie vinden over over medische aandoeningen die betrekking hebben op het duiken. Bekijk de onderdelen die relevant zijn voor uw patiënt als onderdeel van uw evaluatie.

Evaluatie resultaat

Goedgekeurd – Ik vind geen aandoeningen die ik onverenigbaar acht met recreatief duiken of freediven.

Afgekeurd – Ik vind aandoeningen die ik onverenigbaar acht met recreatief duiken of freediving.

Handtekening Arts

Datum (dd/mm/jjjj)

Naam Arts

Specialiteit

(Drukletters)

Kliniek/Ziekenhuis

Adres

Telefoon

Email

Stempel Arts / Kliniek (optioneel)

Opgesteld door het [Diver Medical Screen Committee](#) in samenwerking met de volgende instanties:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

Participant Name

Birthdate

(Print)

Date (dd/mm/yyyy)

Diver Medical | Physician's Evaluation Form

The above-named person requests your opinion of his/her medical suitability to participate in recreational scuba diving or freediving training or activity. Please visit uhms.org for medical guidance on medical conditions as they relate to diving. Review the areas relevant to your patient as part of your evaluation.

Evaluation Result

- Approved – I find no conditions that I consider incompatible with recreational scuba diving or freediving.
- Not approved – I find conditions that I consider incompatible with recreational scuba diving or freediving.

Physician's Signature

Date (dd/mm/yyyy)

Physician's Name

(Print)

Specialty

Clinic/Hospital

Address

Phone

Email

Physician/Clinic Stamp (optional)

Created by the [Diver Medical Screen Committee](#) in association with the following bodies:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego