



Commission Médicale et de Prévention Nationale (CMPN) - FFESSM - 15 mai 2020

Lecture et signature obligatoire de la présente fiche qui doit être présentée au directeur de plongée avant les plongées. Chaque plongeur doit garder ces 2 fiches avec lui dans son carnet de plongée.

FICHE DE REPRISE DE LA PLONGEE SUITE AU CONFINEMENT DU COVID-19

Conseils aux pratiquants et aux structures fédérales

- ✓ Le Ministère des sports :
 - Impose une consultation médicale pour les personnes ayant contracté le Covid-19 (test RT-PCR positif et/ou images spécifiques au scanner thoracique et/ou symptomatologie évocatrice d'une atteinte par le Covid-19) avant la reprise de l'activité sportive.
 - Conseille une consultation médicale pour les personnes pour lesquelles l'activité physique a été très modérée durant le confinement et/ou présentant une pathologie chronique.
- ✓ La CMPN préconise une visite (ou une téléconsultation) médicale de reprise des activités fédérales, même si vous n'avez pas eu de signe de Covid-19 :
 - En particulier si vous êtes en ALD (affection de longue durée), en surpoids ou si vous avez plus de 65 ans, afin d'envisager les risques spécifiques face à l'épidémie de Covid-19.
 - En particulier si vous êtes suivi pour un problème de santé chronique : il faut vous assurer que votre pathologie est stable.

Consultez votre médecin avant de pratiquer votre activité préférée :

- ✓ Si vous présentez ou avez présenté durant ces 15 derniers jours un ou plusieurs signes suivant :
 - Température > 38°C ou impression de fièvre (frissons/ sueurs)
 - Gêne respiratoire, essoufflement inhabituel
 - Toux ; Crachats ; Diarrhée
 - Courbatures hors contexte de pratique sportive
 - Modifications du goût et/ou de l'odorat
 - Fatigue importante et inhabituelle
 - Maux de tête inhabituels ; Nez qui coule
- ✓ Si vous avez été en contact étroit avec une personne ayant présenté l'un de ces signes ou diagnostiqué CoViD-19 positif durant ces 15 derniers jours.
- ✓ Si vous avez été diagnostiqué CoViD-19 positif durant ces 5 dernières semaines.

Je soussigné _____ reconnais avoir été informé qu'en l'état des connaissances sur le Covid 19, d'éventuelles séquelles liées à cette contamination pourraient générer des conséquences dans le cadre de la pratique des activités subaquatiques ».

Date : _____

Signature :

AUTO-QUESTIONNAIRE PRATIQUANT/ENCADRANT AVANT LA REPRISE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE AU COVID 19

<i>QUESTIONNAIRE A RENSEIGNER PAR LE PRATIQUANT ou ENCADRANT à l'ADMISSION</i>		
<i>Depuis le début du confinement, avez-vous présenté un épisode de ...</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>1- Fièvre (Température sup. ou égale à 38°C sur plusieurs prises) ?</i>		
<i>2- Toux récente ou une toux aggravée sur plusieurs jours ?</i>		
<i>3- Gêne respiratoire récente ou aggravée ?</i>		
<i>4- Douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?</i>		
<i>5- Douleurs abdominales, des nausées ou de la diarrhée ?</i>		
<i>6- Maux de gorge ou un écoulement nasal ?</i>		
<i>7- Fatigue importante et anormale ?</i>		
<i>8- Maux de tête inhabituels ?</i>		
<i>9- Perte du goût et/ou de l'odorat ?</i>		
<i>10- Variations anormales de la fréquence cardiaque ou des palpitations ?</i>		
<i>Avez-vous ...</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>11- Fait l'objet d'un test au Covid 19 ?</i>		
<i>12- Été testé positif au Covid 19 ?</i>		
<i>13- Été en contact prolongé (+ de 15 mn à moins d'1 m) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au Covid 19 ou en présentant des symptômes ?</i>		

*Si réponse NON à toutes les questions, admission possible dans les conditions identiques à celle d'avant l'apparition du Covid 19
Si réponse OUI à une des questions (sauf la 11), nécessité de consulter un médecin avant la reprise ou le début de la plongée dans le respect de l'annexe médicale produite à cet effet par la FFESSM.*

Je soussigné reconnais avoir été informé qu'en l'état des connaissances sur le Covid 19, d'éventuelles séquelles liées à cette contamination pourraient générer des conséquences dans le cadre de la pratique des activités subaquatiques.

Nom : _____ Prénom : _____

Date : _____ Signature : _____