



### **Certificat médical pour la pratique de la plongée sous-marine.**

La pratique de la plongée sous-marine expose le plongeur à pathologies spécifiques.

Un certificat médical spécifique appelé CACI est donc obligatoire et valable un an (date à date) pour pouvoir pratiquer cette activité.

Ce certificat peut être rédigé par n'importe quel médecin mais se doit de respecter un certain nombre de contre-indications.

Afin d'aider votre médecin, nous vous mettons à disposition cet ensemble de documents.

Merci de remplir le questionnaire et de le fournir à votre médecin qui le conservera dans votre dossier médical.

En cas doute ou difficulté, votre médecin peut s'adresser à l'un des médecins fédéraux de la FFESSM.

## Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques

Je soussigné(e) Docteur,

Exerçant à,

Rayez la mention inutile\*

|          |                                   |           |               |
|----------|-----------------------------------|-----------|---------------|
| médecin, | généraliste*                      | du sport* | fédéral* n° : |
|          | diplômé de médecine subaquatique* |           | autre* :      |

Certifie avoir examiné ce jour :

**NOM :**

**Né(e) le :**

**Prénom :**

**et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :**

**de l'ensemble des activités subaquatiques EN LOISIR**

**Ou bien seulement** (cocher) :

- DES ACTIVITÉS DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME
- DES ACTIVITÉS EN APNÉE
- DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

**de la ou des activité(s) suivante(s) EN COMPÉTITION** (spécifier en toute lettre) :

**Pour mémoire les particularités suivantes nécessitent un certificat délivré par un médecin fédéral, du sport ou qualifié :**

- TRIMIX Hypoxique
- APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition
- Pratique HANDISUB
- Reprise de l'activité après accident de plongée

**NOMBRE DE**  **COCHÉE(S)** (obligatoire) :

**Remarque(s) et restriction(s) éventuelle(s)** (en particulier pour l'encadrement en plongée subaquatique...) :

**Pour les disciplines à contraintes particulières** (plongée scaphandre et apnée en fosse ou milieu naturel), le CACI est obligatoire annuellement pour tous, majeurs et mineurs

**Pour les autres disciplines fédérales non à contraintes particulières**, le CACI est obligatoire annuellement pour les pratiquants âgés de 18 ans et plus (questionnaire de santé pour les mineurs).

**En cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, la validité de ce certificat est suspendue.**

**En cas de pratique compétitive**, l'absence de contre-indication à la pratique en compétition de la discipline concernée devra être spécifiée sur le CACI.

Ce certificat est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

La liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical, sont disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale :

<http://medical.ffessm.fr>

**Fait à :**  
**Date :**

**Signature et cachet :**

## CONTRE-INDICATIONS À LA PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME

La liste ci-dessous propose à titre indicatif et non exhaustif des contre-indications à la pratique de la plongée en scaphandre autonome dans un cadre général (par encadrant non spécifiquement formé à l'accueil d'un public en situation de handicap ou de maladie). Elle doit être envisagée au cas par cas, éventuellement avec un bilan auprès d'un spécialiste, et en tenant compte du niveau technique de pratique en cours ou envisagé.

*En cas de litige, la décision finale peut être soumise à la Commission Médicale et de Prévention Régionale, puis en appel à la CMPN.*

Le développement des activités physiques et sportives pour tous, notamment pour les personnes en situation de handicap et/ou malades, sont d'intérêt général. Elles sont un facteur important de santé physique, psychique et d'intégration sociale.

Quelle que soit leur situation de handicap, les plongeurs validant en autonomie les aptitudes requises accèdent à une pratique inclusive pouvant impliquer des aménagements raisonnables du cursus standard.

Si les capacités fonctionnelles sont insuffisantes, une pratique sportive adaptée doit être proposée au sein du cursus Handisub®. Le CACI est alors établi par un médecin fédéral, du sport, de plongée ou spécialiste de médecine physique et de réadaptation (sauf pour un baptême effectué dans la zone des 2m où il peut être signé par tout médecin).

L'orientation en pratique inclusive ou adaptée est déterminée par un encadrant Handisub®. Il peut recourir à une éventuelle évaluation de l'autonomie et des capacités fonctionnelles du plongeur en situation.

Les personnes éligibles au sport santé peuvent quant à elles solliciter une prescription d'activité physique adaptée avec un encadrant formé spécifiquement, précisant les objectifs et précautions particulières à respecter. En cas de besoin, le pratiquant peut être orienté vers un médecin fédéral, du sport, ou vers une maison sport-santé.

## CONTRE-INDICATIONS À LA PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME

|  | <b>Contre-indications définitives</b>   | <b>Contre-indications temporaires ou à évaluer*</b>   |
|--|---|---|
| <b>Cardiologie</b>   | Insuffisance cardiaque symptomatique<br>Cardiomyopathie obstructive<br>Pathologie avec risque de syncope<br>Tachycardie paroxystique<br>BAV II ou complet non appareillé<br>Maladie de Rendu-Osler  | Cardiopathie congénitale*<br>Valvulopathies*<br>Coronaropathie*<br>Péricardite et Myocardites *<br>Traitement par anti arythmique*<br>Traitement par bêta bloquant (voie générale ou voie locale)*<br>Shunt droit-gauche*<br>Hypertension artérielle non contrôlée  |
| <b>Oto-Rhino-Laryngologie</b>  | Cophose unilatérale<br>Evidement pétro-mastoidien<br>Ossiculoplastie<br>Trachéostomie<br>Laryngocèle<br>Otospongiose opérée<br>Fracture du rocher<br>Destruction labyrinthique uni ou bilatérale<br>Fistule péri-lymphatique<br>Déficit vestibulaire non compensé | Déficit auditif bilatéral*<br>Chirurgie otologique<br>Polypose naso-sinusienne<br>Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno barique<br>Crise vertigineuse ou décours immédiat d'une crise vertigineuse<br>Tout vertige non étiqueté<br>Asymétrie vestibulaire > ou = à 50% (consolidé après 6 mois)<br>Perforation tympanique et aérateurs trans-tympaniques<br>Barotraumatisme ou accident de désaturation de l'oreille interne* |
| <b>Pneumologie</b>   | Insuffisance respiratoire<br>Vascularite pulmonaire<br>Maladie bulleuse   | Asthme*<br>Pneumothorax spontané ou traumatique*<br>Pathologie infectieuse<br>Pleurésie<br>Traumatisme thoracique ou pulmonaire<br>Pneumopathie fibrosante*   |
| <b>Ophthalmologie</b>  | Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde ou de la papille, non stabilisée, susceptible de saigner<br>Kératocône au-delà du stade 2<br>Prothèses oculaires ou implants creux   | Affections aiguës du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison<br>Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois<br>Phacoémulsification-trabéculéctomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois<br>Greffe de cornée : 8 mois<br>Traitement par betabloquant par voie locale*  |
| <b>Neurologie</b>  | Épilepsie<br>Pertes de connaissance itératives<br>Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique<br>Paralysie cérébrale  | Traumatisme crânien grave*<br>Maladie de Parkinson, maladie neurodégénérative*<br>Sclérose en plaques*<br>Accident vasculaire cérébral*   |
| <b>Psychiatrie</b>   | Affection psychiatrique sévère<br>Éthylisme chronique   | Traitement anti-dépresseur, anxiolytique, neuroleptique ou hypnogène*<br>Alcoolisation aiguë, consommation de cannabis ou autres substances addictives<br>Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité*<br>Troubles du comportement alimentaire*   |
| <b>Hématologie</b>   | Thrombopénie périphérique, thrombopathie congénitale<br>Phlébites à répétition  | Trouble de la crase sanguine découvert lors d'u bilan d'une affection thrombo-embolique<br>Hémophilie*<br>Phlébite non explorée   |
| <b>Gynécologie</b>   |   | Grossesse   |
| <b>Métabolisme</b>   | Diabète traité par antidiabétiques oraux hypoglycémiant   | Diabète traité par insuline*<br>Diabète traité par biquanides*<br>Dystonie neurovégétative<br>Troubles métaboliques ou endocriniens sévères   |
| <b>Dermatologie</b>  | Différentes affections peuvent entrainer des contre-indications temporaires ou définitives, selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou cardio vasculaire   |   |
| <b>Gastro-entérologie</b>  |   | Manchon anti-reflux, chirurgie bariatrique<br>Stomie  |
| <b>Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication.</b>   |   |   |
| <b>La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen.</b>  |   |   |
| <b>Toutes les pathologies affectées d'un * doivent faire l'objet d'une évaluation et le certificat médical de non contre-indication ne peut être délivré que par un médecin spécifique tel que défini dans le règlement médical.</b>                               |   |   |
| <b>La reprise de la plongée après un accident de désaturation, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident de plongée sévère, nécessitera l'avis d'un médecin fédéral ou d'un médecin spécialisé selon le règlement médical.</b> |   |   |

# Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

*Attention, ce document est destiné à faciliter la réalisation de la visite médicale ; il est confidentiel et ne doit pas être communiqué à un tiers.*

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

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Avez-vous eu une perte de poids importante ces derniers mois ?

## Activités physiques et subaquatiques :

Activité(s) subaquatique(s) pratiquée(s) ou en projet de pratique :

Date approximative des débuts de la pratique \_\_\_\_\_

Niveau de pratique : \_\_\_\_\_ nombre de plongées au total : \_\_\_\_\_

Pratique : d'encadrement / d'enseignement :  oui -  non ; de compétition :  oui -  non

Pratique d'autres activités sportives : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures d'activités physiques / sportives pratiquées par semaine : \_\_\_\_\_

Incidents ou accidents au cours de ces activités, y compris en plongée (préciser date et le type d'accident) :

## Habitudes de vie :

Fumez-vous :  oui -  non si oui, nombre de cigarettes /jour : \_\_\_\_\_

Nature du produit fumé : \_\_\_\_\_

Avez-vous fumé :  oui -  non si oui, date d'arrêt : \_\_\_\_\_

Consommation de boissons alcoolisées :  tous les jours : \_\_\_\_ verres/j -  occasionnellement -  jamais

Avez-vous été traité pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années ?  oui -  non

Autres toxiques consommés (y compris occasionnellement) :

## Antécédents chirurgicaux / traumatiques :

Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) : (*\*date approximative*)

cardiaque  oui -  non si oui, date\* et cause :

thoracique  oui -  non si oui, date\* et cause :

sphère ORL  oui -  non si oui, date\* et cause :

ophtalmologique  oui -  non si oui, date\* et cause :

digestive  oui -  non si oui, date\* et cause :

voies urinaires  oui -  non si oui, date\* et cause :

colonne vertébrale  oui -  non si oui, date\* et cause :

cerveau  oui -  non si oui, date\* et cause :

orthopédique  oui -  non si oui, date\* et cause :

autre  oui -  non si oui, date\* et cause :

Autres traumatismes et fractures :

Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien :  oui -  non ; si oui, précisez date\* : \_\_\_\_\_

**En dehors des opérations, avez-vous déjà été hospitalisé** :  oui -  non

si oui, précisez date\* et cause :

## Antécédents médicaux :

**Prenez-vous des médicaments** tous les jours ou de façon régulière :  oui -  non

si oui, précisez lesquels :

**Avez-vous des allergies** :  oui -  non ; si oui, à quoi : \_\_\_\_\_

et quel type de manifestations :

**Femmes** : contraception : \_\_\_\_\_ traitement de la ménopause : \_\_\_\_\_

**Dans la famille (vos parents, oncles, tantes, frères et sœur) :**

Problèmes cardio vasculaires : \_\_\_\_\_

Autres problèmes de santé particuliers (hémophilie, ...) : \_\_\_\_\_

Mort subite précoce avant 50 ans (y compris nourrisson) : \_\_\_\_\_

**A l'effort et / ou dans l'eau, avez vous déjà ressenti :**

|                                  |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|
| malaise ou perte de connaissance | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | fatigue inhabituelle                        | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| douleur thoracique               | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | trouble visuel ou impression de "trou noir" | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| palpitations                     | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | céphalées (maux de tête)                    | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| essoufflement anormal            | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | vomissements ou douleurs abdominales        | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| respiration sifflante            | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | difficultés de récupération                 | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| toux anormale                    | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |   |   |

**Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :** (\*date approximative)

|   |   |                           |   |
|---|---|---------------------------|---|
| Malaise   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Perte de connaissance   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Crise d'épilepsie/ convulsion   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ? | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |                           | si oui, date* :   |
| Cancer  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, type et date* :   |   |
| Bronchites >3/an  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Asthme  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Respiration sifflante   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Pneumothorax  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Crachat de sang   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Essoufflement anormal   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Autre pb respiratoire   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, le(s)quel(s) :    |   |
| Douleur thoracique  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Hypertension artérielle, traitée ou non   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |                           | si oui, date* :   |
| Infarctus / angine de poitrine  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Palpitations / troubles du rythme   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Notion de souffle cardiaque   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| AVC (attaque cérébrale) / AIT   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Autre problème cardio vasculaire  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, le(s)quel(s) :    |   |
| Diabète   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, type et date* :   |   |
| Phlébite / embolie  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...)                 | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |                           | si oui, date* :   |
| Otitites / sinusites >3/an  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Vertige, problème d'équilibre   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Trouble de l'audition   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Autre pb ORL  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, le(s)quel(s) :    |   |
| Port de lunettes et/ou lentilles  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, vision :          | <input type="checkbox"/> de près - <input type="checkbox"/> de loin |
| Autre pb ophtalmo   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, le(s)quel(s) :    |   |
| Reflux gastro-oesophagien   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Ulcère gastro duodéal   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Autre problème digestif   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, le(s)quel(s) :    |   |
| Problèmes récurrents de rachis / de dos   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |                           | si oui, date* :   |
| Anxiété   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Dépression  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Attaque de panique  | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, date* :           |   |
| Autre affection psychiatrique   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | si oui, la(es)quelle(s) : |   |
| Grossesse en cours ou envisagée   | <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |                           |   |

**Etes-vous suivi / avez-vous été suivi pour des problèmes de santé que je ne vous ai pas demandé :**  oui -  non ; si oui, lesquels :

*Je certifie que ces renseignements sont exacts et prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée*

Date : \_\_\_\_\_ Nom et signature du pratiquant ou du responsable légal si mineur :

# Fiche d'examen médical d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

*Attention, ce document est destiné à faciliter la réalisation de la visite médicale ;  
il est confidentiel et ne doit pas être communiqué à un tiers.*

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| <b>NOM:</b>   | <b>Prénom:</b> | <b>Age :</b>  |
| Niveau de plongée / de pratique :                                       |                | Compétition : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| Antécédents médicaux :  |                | Antécédents chirurgicaux :  |
| Antécédents familiaux :   |                | Traitements en cours :  |
| Allergies : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |                | Symptomatologie d'effort :  |
| Plaintes ce jour :  |                |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Taille :</b>   | <b>Poids :</b>  | <b>Croissance normale pour l'âge :</b> <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non  |
| <b>Anomalies métaboliques :</b> <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   |   | <b>Facteurs de risques CV :</b>   |
| Auscultation cardiaque normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non  |   | Auscultation pulmonaire normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   |
| TA repos :  | Pouls périphériques <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | Etat veineux normal : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   |
| FC repos :  | Souffle artériel <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non    |   |
| ECG : <i>recommandé lors de la 1ère visite, puis tous les 3 ans et en fonction du contexte clinique</i>   |   |   |
| rythme :  | FC :  | axe : PR :  |
| aspect QRS :  | QT :  | QTc :   |
| repolarisation :  | indice de Sokolow :   |   |
| Bilan cardiologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non<br><i>recommandé chez les sujets :</i><br><i>. présentant des facteurs de risque péjoratif :</i><br><i>les obèses (IMC &gt; 30), les hypertendus et les diabétiques</i><br><i>. présentant l'association d'au moins 2 FR parmi :</i><br><i>- âge &gt; 40 ans (hommes) ou 50 ans (femmes)</i><br><i>- tabagisme actif ou sévère depuis moins de 5 ans</i><br><i>- dyslipidémie (LDL cholestérol &gt; 1,5 g/L</i><br><i>- hérédité cardiovasculaire chez un ascendant du premier degré</i> |   | Bilan pneumologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non<br><i>recommandé chez les sujets présentant des signes fonctionnels respiratoires,</i><br><i>en cas d'antécédent (notamment pour la plongée en scaphandre)</i> |

## Anomalie(s) cardio respiratoire(s):

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>ORL</b>  | otoscopie normale : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non | Valsalva / équilibrage normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non |
| audition normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non  | équilibre normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non    | anomalie :  |
| <b>Acuité visuelle :</b>  | sans correction : œil droit :   | œil gauche :  |
|   | avec correction : œil droit :   | œil gauche :  |
| <b>Appareil locomoteur</b> normal   | mb inférieurs : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non     | mb supérieurs : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non               |
| Rachis : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non  | <i>(en particulier jeunes, pratique NAP, hockey sub et orientation sub)</i>     |   |
| <b>Etat bucco-dentaire :</b> <input type="checkbox"/> bon - <input type="checkbox"/> moyen - <input type="checkbox"/> mauvais - <input type="checkbox"/> prothèse |   |   |
| <b>Psychisme</b> normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   | Remarques :   |   |
| <b>Examen neurologique</b> normal : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non   |   |   |
| <b>Etat cutané :</b>  |   |   |
| <b>Autres :</b>   |   |   |

## Conclusion (et signature médecin) :

Examens complémentaires / avis spécialisés à prévoir :

Demande d'évaluation par médecin de plongée (*pour adaptation des conditions de pratique*) :  oui -  non

**Contre-indication :**  oui -  non si oui : CI  temporaire -  définitive

Restrictions : Justification, remarques :

**Date de l'examen :**