

CANADIAN BOATING FEDERATION NAUTIQUE DU CANADA

EXAMEN MÉDICAL

Nom: _____ Date de Naissance: _____ Âge: _____

Adresse: _____

Ville / Prov./ Code postal _____

Groupe Sanguin _____

Oui Non

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Souffrez-vous d'une maladie oculaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Souffrez-vous d'alcoolisme ou de dépendance à la drogue ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Souffrez-vous d'évanouissements, d'étourdissements ou d'épilepsie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous récemment subi un traumatisme crânien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Souffrez-vous de problème psychiatrique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Souffrez-vous d'asthme ou bronchite ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Souffrez-vous d'infection ou d'insuffisance rénale en évolution? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous subi la perte totale ou partielle d'un membre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous une mobilité réduite à un membre, une articulation ou à la colonne vertébrale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Souffrez-vous d'une maladie musculaire ou articulaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Souffrez-vous du diabète? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Prenez-vous des médicaments? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Avez-vous subi des interventions chirurgicales, des fractures ou avez-vous souffert d'une maladie grave depuis les 2 dernières années? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Souffrez-vous d'une maladie ou d'une incapacité qui n'est pas mentionnée ci-haut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date ou année de votre dernière visite chez votre médecin _____

Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions, veuillez fournir des détails:

| |
|--|
| |
| |
| |

Je déclare par la présente avoir lu les renseignements qui précèdent. Toute fausse déclaration entraînerait des poursuites légales.

Signature

Date

Grandeur _____ Poids _____ Couleur Cheveux _____ Couleur des yeux _____

Pouls _____ Pression _____

Cicatrices ou marques apparentes ex tatouage _____

| | Normal | Anormal | Élaborer sur chacune des réponses anormales |
|---|-------------|-----------|---|
| Apparence Générale | 0 | 0 | _____ |
| Sinus | 0 | 0 | _____ |
| Cou (Mobilité) | 0 | 0 | _____ |
| Poumons & Thorax | 0 | 0 | _____ |
| Coeur & Système cardiovasculaire | 0 | 0 | _____ |
| Abdomen (y compris hernie) | 0 | 0 | _____ |
| Système Génito-urinaire | 0 | 0 | _____ |
| SNC (sensoriel, moteur, réflexes, . équilibre) | 0 | 0 | _____ |
| Dos et extrémités | 0 | 0 | _____ |
| Neurologie | 0 | 0 | _____ |
| Troubles psychiatriques, émotionnels ou mentaux | 0 | 0 | _____ |
| Analyse d'urine | 0 | 0 | _____ |
| ECG or Stress Test if coronoropathie | 0 | 0 | _____ |
| Vision (Fundi) | 0 | 0 | _____ |
| Lunettes : | Oui _____ | Non _____ | |
| Verre de contact : | Oui _____ | Non _____ | |
| Opération | LASIK _____ | PRK _____ | LASER _____ |

Commentaire : Recommandez-vous des examens additionnels YES 0 NO 0

Si Oui : SVP Indiquer lesquels

CERTIFICATION:

Le candidat(e) est physiquement et psychologiquement doit être apte à conduire un bateau de course dans des épreuves de compétition à haute vitesse.

NOM : _____ est qualifié(e) YES 0 NON 0

Étampe du médecin

No License Médecin : _____

Signature du médecin