

## « ANNEXE III - 19

(Article A. 322-78 du code du sport)

NOM ..... PRENOM ..... Date de naissance.....  
 Date ..... Tél Club ou directeur de plongée:.....  
 Nom et adresse de l'établissement.....

## CARACTERISTIQUES DE LA PLONGEE ET DE L'ACCIDENT

|                                                                                                                                                          |                                          |       |  |  |  |  |                                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------|--|--|--|--|---------------------------------------------------------|--|
| Lieu : .....                                                                                                                                             | Signes observés                          | Heure |  |  |  |  |                                                         |  |
| ▪ Apnée <input type="checkbox"/>                                                                                                                         | .....                                    | ..... |  |  |  |  |                                                         |  |
| ▪ Scaphandre autonome <input type="checkbox"/>                                                                                                           | .....                                    | ..... |  |  |  |  |                                                         |  |
| -air <input type="checkbox"/>                                                                                                                            | .....                                    | ..... |  |  |  |  |                                                         |  |
| -mélanges :            pourcentage des gaz du mélange :                                                                                                  | .....                                    | ..... |  |  |  |  |                                                         |  |
| nitrox <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | .....                                    | ..... |  |  |  |  |                                                         |  |
| héliox <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | .....                                    | ..... |  |  |  |  |                                                         |  |
| trimix <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | .....                                    | ..... |  |  |  |  |                                                         |  |
| Profondeur maximale : .....mètres                                                                                                                        | .....                                    | ..... |  |  |  |  |                                                         |  |
| Durée totale : .....minutes                                                                                                                              | .....                                    | ..... |  |  |  |  |                                                         |  |
| Paliers                                                                                                                                                  | Premiers soins :                         |       |  |  |  |  |                                                         |  |
| mètres <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>  |                                          |       |  |  |  |  | Position latérale de sécurité. <input type="checkbox"/> |  |
|                                                                                                                                                          |                                          |       |  |  |  |  |                                                         |  |
| minutes <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                          |       |  |  |  |  | Massage cardiaque externe <input type="checkbox"/>      |  |
|                                                                                                                                                          |                                          |       |  |  |  |  |                                                         |  |
|                                                                                                                                                          | Bouche à bouche <input type="checkbox"/> |       |  |  |  |  |                                                         |  |
| Heure de sortie : .....                                                                                                                                  | Oxygène <input type="checkbox"/>         |       |  |  |  |  |                                                         |  |
| Table utilisée : .....                                                                                                                                   | Aspirine <input type="checkbox"/>        |       |  |  |  |  |                                                         |  |
| Ordinateur : .....à joindre                                                                                                                              | Boisson <input type="checkbox"/>         |       |  |  |  |  |                                                         |  |
| Plongées successives :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                                                                      |                                          |       |  |  |  |  |                                                         |  |
| Remontée :                                                                                                                                               | Incidents :                              |       |  |  |  |  |                                                         |  |
| - Normale 10 – 15 m/mm <input type="checkbox"/>                                                                                                          |                                          |       |  |  |  |  |                                                         |  |
| - Rapide > 17 m/mm <input type="checkbox"/>                                                                                                              |                                          |       |  |  |  |  |                                                         |  |
| - Panique <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |                                          |       |  |  |  |  |                                                         |  |

## INTERVENTION MEDICALE

|                                         |       |
|-----------------------------------------|-------|
| Nom du médecin :.....Tél .....          |       |
| Heure de prise en charge..... Lieu..... |       |
| Examen clinique et diagnostic évoqué    | Heure |
| .....                                   | ..... |
| .....                                   | ..... |
| .....                                   | ..... |
| .....                                   | ..... |
| .....                                   | ..... |
| .....                                   | ..... |
| .....                                   | ..... |
| Traitement.....                         | ..... |
| .....                                   | ..... |

## EVACUATION PRIMAIRE

Service d'Accueil : .....Moyen (s)..... Durée totale : .....  
 Médicalisation    oui ☐            non ☐    Médecin convoyeur:.....Tél :.....