

# Examen médical d'aptitude pour sapeurs-pompiers

## Formulaire pour le médecin

Commandement du corps de sapeurs-pompiers compétent

---

- Pour le service du feu en général
- Pour la protection respiratoire
- Véhicules automobiles lourds de la catégorie

C/C1 Nom

---

Prénom

---

Date de naissance

---

Service du feu depuis

Protection respiratoire depuis

---

### 1 Anamnèse (complément au questionnaire pour SP)

#### 1.1 État de santé

1.1.1 État de santé actuel  Bon

---

#### 1.2 Anamnèse personnelle

1.2.1 Maladies antérieures, hospitalisations  Non

1.2.2 Opérations  Non

1.2.3 Accidents  Non

1.2.4 Examens, traitements  Non

---

#### 1.3 Anamnèse familiale

1.3.1 Maladies cardiovasculaires  Non

1.3.2 Autres maladies  Non

---

#### 1.4 Anamnèse systématique

##### 1.4.1 Cœur/circulation

1.4.1.1 Problèmes lors d'efforts physiques intenses  Non

1.4.1.2 Douleurs thoraciques/dyspnée  Non

1.4.1.3 Autres

---

##### 1.4.2 Organes respiratoires

1.4.2.1 Asthme  Non

1.4.2.2 Autres

---

##### 1.4.3 Organes abdominaux

1.4.3.1 Calculs rénaux  Non

1.4.3.2 Autres

---

#### 1.4.4 Système nerveux

- 1.4.4.1 Maux de tête  Aucun
- 1.4.4.2 Vertiges  Non
- 1.4.4.3 Pertes de connaissance subites, épilepsie  Non
- 1.4.4.4 Autres

#### 1.4.5 Appareil locomoteur

- 1.4.5.1 Colonne vertébrale
- 1.4.5.2 Autres

#### 1.4.6 Psychisme

- 1.4.6.1 Peur du vide  Non
- 1.4.6.2 Claustrophobie  Non
- 1.4.6.3 Attaques de panique  Non
- 1.4.6.4 Autres

#### 1.4.7 Organes sensoriels

- 1.4.7.1 Yeux, port de lunettes ou de lentilles de contact  Sans correction  Avec correction  Normal
- 1.4.7.2 Ouïe  Nég.

#### 1.4.8 Allergies

- 1.4.8.1 Piqûres d'insectes
- 1.4.8.2 Autres

#### 1.4.9 Gynécologie

- 1.4.9.1 Grossesse
- 1.4.9.2 Autres

#### 1.4.10 Substances nocives

- 1.4.10.1 Alcool  Jamais  Rarement  Occasionnellement  Tous les jours
- 1.4.10.2 Nicotine  Jamais  Oui (paquets-années)  Arrêté depuis
- 1.4.10.3 Drogues (lesquelles, à quelle fréquence, depuis quand)

#### 1.4.11 Médicaments (dosage exact)

Aucun régulièrement

#### 1.4.12 Sport

Le(s)quel(s)?

Nombre de fois par semaine

#### 1.4.13 Service militaire/service de protection civile/service civil

- Oui
- Si non, pourquoi?

#### 1.4.14 Remarques

## 2 Bilan

### 2.1 Valeurs générales

Taille	Poids	IMC
--------	-------	-----

### 2.2 Cou, voies respiratoires

2.2.1	Bouche, pharynx, glande thyroïde, ganglions	<input type="checkbox"/> Non
2.2.2	Poumon	<input type="checkbox"/> Auscultation nég. <input type="checkbox"/> Percussion nég.
2.2.3	Autres	

### 2.3 Cœur, circulation

2.3.1	TA	Pouls	Régulier	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2.3.2	Auscultation cardiaque	<input type="checkbox"/> Battements de cœur nets	<input type="checkbox"/> Pas de souffles	
2.3.3	Veines jugulaires/RHJ	<input type="checkbox"/> Nég.		
2.3.4	Prise du pouls	<input type="checkbox"/> Artère radiale g. et d. nég.	<input type="checkbox"/> Artère dorsale du pied g. et d. nég.	
2.3.5	Autres			

### 2.4 Abdomen

2.4.1	Foie, rate	<input type="checkbox"/> Palpation abdominale nég.		
2.4.2	Souffles vasculaires	<input type="checkbox"/> Carotide g. et d. Non	<input type="checkbox"/> Abdomen Non	<input type="checkbox"/> Aine Non
2.4.4	Hernies/orifices herniaires			<input type="checkbox"/> Non
2.4.5	Autres			

### 2.5 Appareil locomoteur

2.5.1	Colonne vertébrale	<input type="checkbox"/> Nég.		
2.5.2	Extrémités, articulations	<input type="checkbox"/> Nég.		
2.5.3	Autres			

### 2.6 Organes

#### 2.6.1 Yeux

2.6.1.1	Acuité visuelle de loin non corrigée	<input type="checkbox"/> À gauche	<input type="checkbox"/> À droite	
2.6.1.2	Acuité visuelle de loin corrigée	<input type="checkbox"/> À gauche	<input type="checkbox"/> À droite	
2.6.1.3	Acuité visuelle de près non corrigée	<input type="checkbox"/> À gauche	<input type="checkbox"/> À droite	
2.6.1.4	Champ visuel binoculaire horizontal	<input type="checkbox"/> Au moins 140 degrés	<input type="checkbox"/> Au moins 120 degrés	<input type="checkbox"/> Limité
2.6.1.5	Vision stéréoscopique (par ex. test de Lang)	<input type="checkbox"/> Nég.		
2.6.1.6	Réaction pupillaire	<input type="checkbox"/> Directe et consensuelle nég.		
2.6.1.7	Motricité oculaire	<input type="checkbox"/> Non limitée		
2.6.1.8	Autres (nystagmus, diplopie)		<input type="checkbox"/> Nég.	

#### 2.6.2 Oreilles

2.6.2.1	Nombres chuchotés (au moins 6/4 m)	<input type="checkbox"/> À gauche	<input type="checkbox"/> À droite	
---------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

### 2.7 Système nerveux

2.7.1	Romberg <input type="checkbox"/> Nég.	Unterberg ou marche sur ligne droite <input type="checkbox"/> Normal		
	Épreuve doigt-nez <input type="checkbox"/> Nég.	Tremblement <input type="checkbox"/> Non		
2.7.2	Troubles végétatifs			<input type="checkbox"/> Non
2.7.3	Autres			

## 2.8 Psychisme

Rien à signaler

## 2.9 Remarques

# 3 Examens complémentaires pour porteur d'appareil de protection respiratoire

## 3.1 Laboratoire

## 3.2 Spirométrie

3.2.1 Capacité vitale forcée (CVF)

3.2.2 Volume maximal expiré en une seconde (VEMS)

3.2.3 Rapport de Tiffeneau (VEMS/CVF x 100)

## 3.3 Test de performance ou ECG à l'effort: selon compte-rendu séparé

3.3.1 Course de 12 minutes  Date  Objectif atteint, valeur  Objectif non atteint, valeur

3.3.2 Test de Lecoro  Date  Objectif atteint, valeur  Objectif non atteint, valeur

3.3.3 ECG à l'effort  Date  Objectif atteint, valeur  Objectif non atteint, valeur

3.3.4 Ergométrie sur tapis roulant  Date  Objectif atteint, valeur  Objectif non atteint, valeur

## 4 Remarques (en complément des résultats de l'examen)

## 5 Décision

Pour	le service du feu en gén.	la protection respiratoire	la catégorie C/C1
Apte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inapte jusqu'au	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inapte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen anticipé	<input type="checkbox"/> Date	<input type="checkbox"/> Date	<input type="checkbox"/> Date

## Remarques concernant la décision

Lieu, date

Timbre, signature

Le questionnaire ainsi que les résultats de l'examen restent en possession du médecin examinateur.  
Les certificats médicaux doivent être transmis aux organes compétents.