

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 Non

2.2.2 Poumon Auscultation nég. Percussion nég.

2.2.3 Autres

2.3 Cœur, circulation

2.3.1 TA Pouls Régulier Oui Non

2.3.2 Auscultation cardiaque Battements de cœur nets Pas de souffles

2.3.3 Veines jugulaires/RHJ Nég.

2.3.4 Prise du pouls Artère radiale g. et d. nég. Artère dorsale du pied g. et d. nég.

2.3.5 Autres

2.4 Abdomen

2.4.1 Foie, rate Palpation abdominale nég.

2.4.2 Souffles vasculaires Carotide g. et d. Non Abdomen Non Aine Non

2.4.4 Hernies/orifices herniaires Non

2.4.5 Autres

2.5 Appareil locomoteur

2.5.1 Colonne vertébrale Nég.

2.5.2 Extrémités, articulations Nég.

2.5.3 Autres

2.6 Organes

2.6.1 Yeux

2.6.1.1 Acuité visuelle de loin non corrigée À gauche À droite

2.6.1.2 Acuité visuelle de loin corrigée À gauche À droite

2.6.1.3 Acuité visuelle de près non corrigée À gauche À droite

2.6.1.4 Champ visuel binoculaire horizontal Au moins 140 degrés Au moins 120 degrés Limité

2.6.1.5 Vision stéréoscopique (par ex. test de Lang) Nég.

2.6.1.6 Réaction pupillaire Directe et consensuelle nég.

2.6.1.7 Motricité oculaire Non limitée

2.6.1.8 Autres (nystagmus, diplopie) Nég.

2.6.2 Oreilles

2.6.2.1 Nombres chuchotés (au moins 6/4 m) À gauche À droite

2.7 Système nerveux

2.7.1 Romberg Nég. Unterberg ou marche sur ligne droite Normal
Épreuve doigt-nez Nég. Tremblement Non

2.7.2 Troubles végétatifs 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.