

Examen médical d'aptitude pour sapeurs-pompiers

Certificat médical

Schweizerischer Feuerwehrverband
Fédération suisse des sapeurs-pompiers
Federazione svizzera dei pompieri
Federaziun svizra dals pumpiers



Au Commandement du corps de sapeurs-pompiers

M./Mme _____ a été examiné le _____

selon les recommandations concernant l'examen médical des sapeurs-pompiers FSSP ou selon les recommandation du Service des automobiles.

Décision

Pour:	le service du feu en général	le service de la prot. resp.	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 :

Lieu, date : _____ Timbre/signature: _____

Examen médical d'aptitude pour sapeurs-pompiers

Formulaire pour le médecin

Schweizerischer Feuerwehrverband
Fédération suisse des sapeurs-pompiers
Federazione svizzera dei pompieri
Federaziun svizra dals pumpiers



- Pour le service du feu en général Commandement du corps de sapeurs-pompiers compétent: _____
- Pour le service de la protection respiratoire
- Véhicules à moteur lourds de la catégorie C/C1

Nom: _____ Prénom : _____ Date de naissance: _____

Service du feu depuis: _____ Service de la protection respiratoire depuis: _____

1 ANAMNÈSE (complément au questionnaire pour SP)

1.1 Etat de santé actuel: _____

1.2 Anamnèse personnelle _____

1.2.1 Maladies antérieures, hospitalisations: _____

1.2.2 Opérations: _____

1.2.3 Accidents: _____

1.2.4 Examens, traitements: _____

1.3 Anamnèse familiale _____

1.3.1 Maladies cardiovasculaires: _____

1.3.2 Autres maladies: _____

1.4 Anamnèse systémique _____

1.4.1 Cœur/circulation _____

1.4.1.1 Problèmes lors d'efforts physiques maximaux: _____

1.4.1.2 Douleurs thoraciques/dyspnée: _____

1.4.1.3 Autres: _____

1.4.2 Organes respiratoires _____

1.4.2.1 Asthme: _____

1.4.2.2 Autres: _____

1.4.3 Organes abdominaux _____

1.4.3.1 Calculs rénaux: _____

1.4.3.2 Autres: _____

1.4.4 Système nerveux

1.4.4.1 Maux de tête, vertige:

1.4.4.2 Epilepsie:

1.4.4.3 Pertes de connaissance subites:

1.4.4.4 Autres:

1.4.5 Psychisme

1.4.5.1 Peur du vide:

1.4.5.2 Claustrophobie:

1.4.5.3 Attaques de panique:

1.4.5.4 Autres:

1.4.6 Organes sensoriels

1.4.6.1 Yeux, port de lunettes ou de verres de contact:

1.4.6.2 Oreilles:

1.4.7 Allergies

1.4.7.1 Piqûres d'insectes:

1.4.7.2 Autres:

1.4.8 Gynécologie

1.4.8.1 Grossesse:

1.4.8.2 Autres:

1.4.9 Agents nocifs

1.4.9.1 Alcool:

jamais

rarement

occasionnellement

tous les jours

1.4.9.2 Nicotine:

jamais

oui / (paquets-années):

arrêté depuis

1.4.9.3 Drogues (lesquelles, avec quelle fréquence, depuis quand):

1.4.10 Médicaments (dosage exact):

1.4.11 Sport:

Lequel:

Nombre de fois par semaine:

1.4.12 Service militaire:

oui

Si non, pourquoi:

1.4.13 Remarques:

2 BILAN

2.1 Valeurs générales:

Taille:	Poids:	BMI:
---------	--------	------

2.2 Cou, voies respiratoires

2.2.1 Bouche, pharynx, glande thyroïde, lymphomes:

2.2.2 Auscultation et percussion des poumons:

2.2.3 Autres:

2.3 Cœur/circulation

2.3.1 TA: Pouls: régulier oui non

2.3.2 Auscultation cardiaque:

2.3.3 Veines jugulaires:

2.3.4 Palpation du pouls:

2.3.5 Autres:

2.4 Abdomen

2.4.1 Foie, rate:

2.4.2 Voies urinaires:

2.4.3 Souffles vasculaires:

2.4.4 Hernies/orifices herniaires:

2.4.5 Autres:

2.5 Appareil locomoteur

2.5.1 Colonne vertébrale:

2.5.2 Extrémités, articulations:

2.5.3 Autres:

2.6 Organes sensoriels

2.6.1 Yeux

2.6.1.1 Acuité visuelle de loin non corrigée à droite: à gauche:

2.6.1.2 Acuité visuelle de loin corrigée à droite: à gauche:

2.6.1.1 Acuité visuelle de près non corrigée à droite: à gauche:

2.6.1.4 Champ visuel binoculaire horizontal normal au minimum 140 ° limité

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

2.6.1.6 Motricité pupillaire:

2.6.1.7 Motricité des yeux:

2.6.1.8 Autres (nystagmus, diplopie):

Veillez tenir compte des exigences relatives à

PAR: Acuité visuelle de loin non corrigée: au moins 0,2 des deux côtés ou au moins 0,3 et 0,1

Conducteurs du 3^e groupe: Acuité visuelle non corrigée au moins 0,3, permettant la lecture d'un journal

Acuité visuelle de loin corrigée: au moins 0,6 et 0,1; pas de diplopie, champ visuel d'au moins 140 °

Conducteurs du 2^e groupe: Acuité visuelle de loin corrigée: au moins 0,8 des deux côtés ou au moins 1,0 et 0,6; pas de diplopie, champ visuel normal

2.6.2 Oreilles

2.6.2.1 Nombres chuchotés (au moins 6/4 m): à droite: _____ à gauche: _____

2.7 Système nerveux

2.7.1 Romberg: _____ Unterberg ou marche sur ligne droite: _____

Epreuve doigt-nez: _____ Tremor: _____

2.7.2 Troubles végétatifs: _____

2.7.3 Autres: _____

2.8 Psychisme:

2.9 Remarques:

3 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES POUR PORTEUR D'APPAREIL DE PROTECTION RESPIRATOIRE

3.1 Laboratoire (obligatoire dès l'âge de 40 ans)

3.1.1 Glycémie: _____

3.1.2 Cholestérol total: _____

3.1.3 Autres examens (en fonction de l'âge) dans la mesure où ceux-ci sont nécessaires sur la base de l'anamnèse ainsi que pour l'appréciation de l'aptitude (gamma GT, CDT, profil lipidique complet, etc.): _____

3.2 Spirométrie (option en cas de suspicion anamnésique ou clinique d'une pathologie des voies respiratoires)

3.2.1 Capacité vitale forcée (CVF): _____

3.2.2 Volume maximal expiré en 1 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 objectif atteint, valeur: _____ objectif pas atteint, valeur: _____

3.3.2 Test de Lecoro objectif atteint, valeur: _____ objectif pas atteint, valeur: _____

3.3.3 ECG à l'effort objectif atteint, valeur: _____ objectif pas atteint, valeur: _____

3.3.4 Ergometrie sur tapis roulant objectif atteint, valeur: _____ objectif pas atteint, valeur: _____

4 REMARQUES:

5 DÉCISION

Pour:	le service du feu en général	le service de la prot. resp.	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:

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.
L'indemnisation se fait conformément aux tarifs indiqués dans les «Directives concernant l'examen médical d'aptitude pour sapeurs-pompiers».
La facture sera adressée au donneur d'ordre (en règle général le commandement du corps de sapeurs-pompiers compétent).

Examen medical d'aptitude pour sapeurs-pompiers

Questionnaire pour les
sapeurs-pompiers (SP)

Schweizerischer Feuerwehrverband
Fédération suisse des sapeurs-pompiers
Federazione svizzera dei pompieri
Federaziun svizra dals pumpiers



Nom:	Prénom:	Date de naissance:
Adresse:	Lieu:	
Tél./mobile:	Profession:	
Activité professionnelle actuelle:		
Date du dernier examen médical pour le service du feu:	Porteur appareil respiratoire isolant (ARI) depuis:	
Service du feu depuis:	Permis C/C1:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Commandement du corps de sapeurs-pompiers compétent:		

Question/Veuillez cocher ce qui convient	non	oui	Précisions
Etes-vous actuellement en bonne santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre capacité de travail est-elle entravée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou de douleurs des organes respiratoires (asthme, bronchite, pneumonie, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du cœur, de la circulation sanguine ou des vaisseaux sanguins (problèmes lors d'importants efforts physiques, pertes de connaissance subites, malformation cardiaque, palpitations cardiaques, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, troubles de la circulation sanguine, attaques cérébrales, varices, phlébites, thromboses, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du système nerveux (épilepsie, vertiges, paralysies, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du psychisme (claustrophobie, peur du vide, attaques de panique, dépressions, tentatives de suicide, psychoses, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des organes digestifs ou abdominaux (calculs rénaux, jaunisse, maladies du foie, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du métabolisme ou du sang (valeurs glycémiques trop élevées, diabète, cholestérol trop élevé, maladies de la glande thyroïde, problèmes de coagulation du sang, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du système immunitaire ou des maladies infectieuses (hepatite, maladies tropicales, infection avec le SIDA, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
de la peau (eczéma, allergies, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
de l'appareil locomoteur (colonne vertébrale, disques intervertébraux, os, articulations, muscles, tendons, arthrose, rhumatismes, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Question / Veuillez cocher ce qui convient	non	oui	Précisions
de l'ouïe (surdité, traumatisme causé par une détonation ou le bruit, inflammations, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des yeux (problèmes d'acuité visuelle – vision de loin ou vision de près, maladies de la rétine, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portez-vous des lunettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portez-vous des lentilles de contact ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres maladies, troubles ou maux non cités ci-dessus (infirmité congénitale, malformations, tumeurs, cancer, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été victime d'accidents, blessures ou intoxications qui ont nécessité une hospitalisation ou une opération et/ou dont vous supportez les séquelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été examiné, soigné ou opéré dans un hôpital ou un autre établissement médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on prescrit des cures de repos, de désintoxication, un régime diététique ou autres ou de telles cures sont-elles prévues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pour les femmes : Etes-vous enceinte ou une grossesse est-elle prévue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une des maladies suivantes a-t-elle détectée dans votre famille (parents consanguins, en particulier les parents ou frères et sœurs): maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins, infarctus du myocarde avant l'âge de 50 ans, opérations de bypass, hypertension artérielle, cholestérol trop élevé, diabète, attaque cérébrale, maladies congénitales, autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prenez-vous régulièrement ou occasionnellement des médicaments (en particulier des analgésiques, somnifères ou calmants)? Si oui, pourquoi? Indiquez le médicament exact ainsi que le dosage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffrez-vous d'allergies (rhume des foins, asthme, allergie au piqûres d'insectes, aux médicaments, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fumez-vous? Combien? Depuis combien de temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Buvez-vous de l'alcool ? A quelle fréquence? Quelle quantité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consommez-vous ou avez-vous auparavant consommé des drogues ? Lesquelles? A quelle fréquence? Depuis combien de temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pratiquez-vous du sport ? Le(s)quel(s)? Combien de fois par semaine? Depuis combien de temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous accompli du service militaire ou de protection civile ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quelle est votre taille? (en cm)

Quel est votre poids? (en kg)

Nom et adresse de votre médecin de famille ou médecin traitant:

J'e déclare par la présente avoir répondu aux questions de manière intégrale et conforme à la vérité. J'autorise le médecin-conseil des sapeurs-pompiers à se procurer auprès de mon médecin de famille ou médecin traitant les informations médicales qui sont nécessaires pour apprécier mon aptitude au service du feu.

Lieu, Date:

Signature: