

# Questionnaire lors d'un accident de plongée

## Diving accident questionnaire

= oui/yes

Date/Date \_\_\_\_\_

Nom du Plongeur Diver: surname _____
Prénom First name _____
Date de naissance Date of Birth _____
Adresse (Rue) Address (Street) _____
Code Postal ,Localité Postal/Code and Town _____
N° de Tél. Telephone Number _____

Nom du Partenaire de Plongée Dive Buddy surname _____
Prénom First Name _____
N° de Tél. Telephone Number _____

En cas de manque de place, marquer et poursuivre au verso !  
Continue on other side if more writing space is required

1-Lieu de l'accident 1-Accident location _____	2-Heure de Sortie 2-Exit time _____ h _____ min.
3-Profondeur max. _____ mètres 3-Max.depth _____ meters	4-Durée totale _____ min. 4-Total length _____ min.
6-Composition du mélange respiré 6-Breathing gas mixture _____	5-Durée à profondeur max. _____ min. 5-Time spent at max depth. _____ min.
8-Ordinateur à joindre : modèle: _____ 8-Diving computer included : model _____	7-Plongée successive oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 7- Further dive yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9-Information d'alarme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 9-Computer alarm yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	10-si oui, laquelle 10-if yes, give details _____
11-Vitesse de remontée normale 10-15 <input type="checkbox"/> rapide >15 <input type="checkbox"/> 11-Surfacing speed normal m/min. <input type="checkbox"/> fast m/min. <input type="checkbox"/>	Panique <input type="checkbox"/> 12-problèmes techniques <input type="checkbox"/> Panic <input type="checkbox"/> 12-technical problems <input type="checkbox"/>
13-Paliers respectés? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 13-Deco stops made? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	à quel niveau _____ mètres level? _____ meters
14-Circonstances de l'accident de plongée 14-Describe diving accident: _____	Paliers manqués? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Deco stops missed? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

(Le cas échéant voir suite au verso - use otherside if necessary)

15-Mesures prises jusqu'ici (y compris premiers soins) 15-Measures taken until present time (incl. first aid): _____	Heures: time
16-Oxygène _____ litres/Min. Heure: _____ 16-Oxygen _____ litres/min. Time: _____	17-Liquides _____ litres/Min. 17-Fluids _____ Litres/min.
18-Médicaments _____ lesquels? 18-Medicines _____ which?	

(Le cas échéant voir suite au verso - use otherside if necessary)

19-Symptômes actuels: 19-Current symptoms: _____	Heures: Time:
19bis - Evolution sous Oxygène : 19bis - Progression with oxygen : _____	Heures: Time:
	Heures: Time:

(Le cas échéant voir suite au verso - use otherside if necessary)

### Symptômes musculaires, cutanés, pulmonaires:

20-Douleurs musculaires <input type="checkbox"/> où? 20-Muscular pain <input type="checkbox"/> where? _____	21-Douleurs articulaires <input type="checkbox"/> où? 21-Joint pain <input type="checkbox"/> where? _____
22-Démangeaison <input type="checkbox"/> où? 22-Itching <input type="checkbox"/> where? _____	23-Fourmillements <input type="checkbox"/> où? 23-Pins and needles <input type="checkbox"/> where? _____
24- Essoufflement <input type="checkbox"/> 25-Envie de tousser <input type="checkbox"/> 24-Breathlessness <input type="checkbox"/> 25-Desire to cough <input type="checkbox"/>	26-Fatigue <input type="checkbox"/> 27- Impossibilité d'uriner <input type="checkbox"/> 26-Fatigue <input type="checkbox"/> 27- Unable to urinate <input type="checkbox"/>

### Symptômes neurologiques:

28-Les Yeux: acuité visuelle normale <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> 28-Eyes: normal vision <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	29-Mouvements oculaires <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> 29-Eye movements o.k. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	30-Réflexes des pupilles <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> 30-Pupil reflexes o.k. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Muscles de la face: 31-Siffler o.k. <input type="checkbox"/> Facial muscles: 31-Whistling o.k. <input type="checkbox"/>	32- Fermeture des yeux <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> 32- Blinking o.k. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	33-Serrer les dents o.k. <input type="checkbox"/> 33-Teeth clenching ok <input type="checkbox"/>
34-Avaler o.k. <input type="checkbox"/> 34-Swallowing o.k. <input type="checkbox"/>	35-Langue droite? <input type="checkbox"/> 35-Tongue alignment? <input type="checkbox"/>	36-Sensibilité intacte? de la face, de tout le corps? 36-Touch intact? of the face, of whole body? _____
37-Audition égale Dr /G ? <input type="checkbox"/> 37-Hearing equal ? <input type="checkbox"/>		
Force musculaire o.k.? 38- bras? <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> Muscle strength o.k.? 38- Arms? <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	39-jambes? <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> 39-Legs? <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	
40-Sens de l'équilibre <input type="checkbox"/> 40-Balance: <input type="checkbox"/>	Coordination: 41-doigt - nez <input type="checkbox"/> Coordination: 41-Finger- nose <input type="checkbox"/>	42-talon - tibia <input type="checkbox"/> 42-heel - shin <input type="checkbox"/>
43-Parcularités: 43-Other informations: _____		

texte libre/extra writing space

En cas de voyage à l'étranger, renseignez vous de l'adresse et du numéro de téléphone du caisson le plus proche et inscrivez le ici:  
If diving abroad, inform yourself of the address and telephone number of the nearest Decompressions Chamber, keep it handy when diving:

CH

**Numéro d'appel d'urgence en Suisse: seulement par la Rega Tél.: 14 14**  
**A partir de l'étranger: 0041-333 333 333**  
**Emergency number in Switzerland: Rega only Tel.: 14 14,**  
**From abroad 0041-333 333 333**

**Basel**

HBO-Zentrum Basel  
Dr.med. Jörg Schmutz  
Kleinhünigerstr. 177  
CH-4057 Basel  
Tel.: 0041-61-6313013  
Fax. 0041-61-6313006

**Genf**

HBO-Zentrum Universität Genf  
Rue Micheli -du-Crest 14  
CH-1211 Genève 4  
Tel.: 0041-22-3727145  
Fax: 0041-22-3727184

**Lausanne**

HBO-Zentrum Universität Lausanne  
Division Soins intensifs de médecine  
Rue du Bugnon 46  
CH-1011 Lausanne  
Tel.: 0041-21-3141632  
Fax: 0041-21-3141384

D

**Numéro d'appel d'urgence en Allemagne: possible par les pompiers Tél.: 112**  
**ou par le service de secours Tél: 19222**  
**Emergency number in Germany Fire Brigade: Tel.: 112,**  
**Or by the old emergency service Tel.: 19222**

**Freiburg**

Druckkammerzentrum Freiburg GmbH  
Dr. med. Hellmuth Sümmerer  
Habsburgerstr. 116  
D-79104 Freiburg i. Brsg.  
Tel.: 0049-761-Tel.: 382018  
Fax: 0049-761-382019  
info@hbo-freiburg.de  
Notruf: 0049-170-2026111

**Stuttgart**

Druckkammerzentrum DCS I  
Herrn Ralf Schäfer  
Heilbronner Str. 300  
D-70469 Stuttgart  
Tel.: 0049-711-851032  
Fax: 0049-711-851037  
info@dcs1stuttgart.de

**Überlingen/Bodensee**

Druckkammer BTSV Überlingen  
Härtenweg 1  
D-88662 Überlingen  
Tel.: 0049-7551-9477-0

**Numéro d'appel d'urgence en France: seulement par le SAMU Tél.: 15**  
**ou 112 à partir de l'étranger**  
**Emergency number in France: SAMU only Tel.: 15,**  
**Or tel.112 from the abroad.**

F

**BESANCON**

C.H.R.U Jean Minjoz (caisson biplace)  
Professeur CAPELLIER  
Service de Réanimation Médicale  
Boulevard Fleming  
F-25000 BESANCON  
Tél : 0033.3.81.66.81.66 poste 67113  
Fax: 0033.3.81.66.80.37

**Metz**

HIA Legouest  
Docteur Walkowiak  
Service de Médecine Hyperbare  
27 avenue de Plantières – BP 10  
F-57998 METZ ARMEE  
Tél : 0033.3.87.56.47.65  
Fax: 0033.3.87.56.48.13

**STRASBOURG**

Hôpital de Hautepierre  
Professeur JAEGER, Docteur BILBAUT  
Service de Réanimation Médicale  
Avenue Molière  
F-67098 STRASBOURG CEDEX  
Tél: 0033.3.88.12.79.17  
Fax: 0033.3.88.12.79.08