



Fachstelle für Tauchunfallverhütung  
Ufficio per la Prevenzione degli Infortuni Subacquei  
Bureau de Prévention des Accidents de Plongée

## Formulaire pour l'enregistrement des accidents de plongée

### Les accidents de plongée, cela arrive !

Un incident au cours d'une plongée n'est jamais programmé, il arrive inopinément. Du petit incident du genre crampe musculaire, jusqu'au grave accident, tel un problème de décompression ou une noyade, tous ont une cause. On recherche, bien entendu, les raisons de ces problèmes et on peut en tirer des conclusions. Est-il bien nécessaire que chaque plongeur fasse lui-même toutes ces mauvaises expériences ? Le mieux est de connaître les dangers et de savoir comment les prévenir.

En analysant tous les incidents de plongée nous pouvons nous rapprocher de ce but. Pour cette raison le BAP s'est donné pour mission de répertorier tous les problèmes dont elle a connaissance, survenus lors d'une plongée, en collaboration avec ses partenaires DAN Suisse, REGA, SSS et avec les organisations de plongée. Ceci permet d'effectuer une analyse statistique dont les résultats sont profitables à tous les plongeurs.

Si tu as été victime d'un incident de plongée ou si tu as rencontré un problème pendant l'immersion alors fais-nous parvenir le formulaire ci-joint dûment complété. De cet incident nous pourrions tous en tirer une leçon. Tes expériences sont importantes afin de faire progresser encore plus la sécurité en plongée.

Tes données personnelles ne se trouvent que sur la première page du formulaire. Celle-ci sera séparée du reste et conservée sous clé. Tes informations personnelles sont couvertes par la protection des données et ne sont utilisées par le BAP/DAN uniquement que, le cas échéant, si nous avons besoin d'informations complémentaires à te poser. Le BAP/DAN se porte garant du respect de la protection de ces données et t'assure qu'aucune indication personnelle ne sera divulguée à des tiers (en particulier aux services de police, aux assurances, etc.)

Les indications figurant sur les autres pages du formulaire d'enregistrement des accidents de plongée seront traitées de manière à ce que l'on ne puisse pas remonter jusqu'aux personnes impliquées ou touchées par le problème, sans en connaître personnellement les circonstances. Les données servent exclusivement à l'élaboration de statistiques ayant des buts préventifs ou scientifiques et elles peuvent être consultées à tout moment par les personnes concernées.

Membres et organisations partenaires :





## 1. Informations concernant le plongeur

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Téléphone situé sur le lieu de l'accident de plongée: \_\_\_\_\_

Date de l'accident de plongée : \_\_\_\_\_

Je donne mon accord pour l'utilisation de ces données, mais elles ne devront être exploitées uniquement que dans un but scientifique et ne devront pas être transmises à des tiers, en particulier aux assurances ou aux autorités. En cas de doutes, je suis prêt à fournir au BAP/DAN des informations complémentaires. J'autorise le BAP/DAN à prendre connaissance, à copier et à conserver les rapports médicaux inhérents à cet accident de plongée.

- Je suis moi-même la victime de cet accident de plongée  
 Je remplis ce formulaire pour le compte du plongeur accidenté

Lieu :

Date :

Signature :

### Instructions pour compléter le formulaire destiné au plongeur

Les pages 3 et 4 sont à compléter par le plongeur lui-même, les pages 5 et 6 sont à compléter par les médecins traitants. Décris ton accident tel que tu l'as vécu en mentionnant également des détails qui te semblent insignifiants. Si cela était nécessaire, par exemple, par manque de place sur le formulaire, note tes remarques et observations sur une feuille annexe. Essaie d'annexer, si cela est possible, une copie imprimée du profil de la plongée qui se trouve sur ton ordinateur de plongée.

### Instructions pour compléter le formulaire destiné aux médecins traitants

Veuillez, s'il vous plaît, compléter les pages 5 et 6. Des instructions détaillées sur la façon de répondre aux différents points peuvent être demandées au BAP à l'adresse ci-dessous.

**Le formulaire complété est à retourner à l'adresse suivante :**

**FTU Datensammelstelle  
Case postale 1701  
CH-8026 Zurich**





**Page 4** (à compléter par le plongeur)

**Numéro :**

Si oui, intervalle de surface \_\_\_\_\_ heures  
Altitude (si connue) \_\_\_\_\_ m  
 Hélicoptère  Avion de ligne  
 Franchissement de col  Autres (remarques)

**Buts de la plongée**

Loisir  Instruction/écologie  
 Technical Diving  Elève plongeur  
 Scientifique  Militaire  
 Autres (remarques) \_\_\_\_\_

**Équipement**

1 détendeur  1 détendeur + Octopus  
 2 détendeurs (séparés)  
 Circuit semi fermé  
 Circuit fermé  
 Air depuis la surface (narguilé)  Autres (remarques)

Air  HélioX % O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_  
 Nitrox % O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_  Autres (remarques)  
 Combi humide  Costume de bain  
 Combi lycra  Combi étanche  
 Autres (remarques) \_\_\_\_\_  
 Pas de gilet  Réserve  
 Volume bouteilles \_\_\_\_\_ litres

**Problèmes lors de la plongée**

Manque d'air  Malaise  
 Remontée rapide  Blessure  
 Effort intense  Essoufflement  
 Ivresse profondeurs  Alcool/Médicaments  
 Perdu le partenaire  Équilibre de pression  
 Palier manqué  Panique  
 Givrage  Froid  
 Défaut technique : \_\_\_\_\_

Comment te sentais-tu avant la dernière plongée ?  
Ressentais-tu des symptômes avant la dernière plongée ?  
Ressentais-tu des symptômes sous l'eau ou en altitude ?  
As-tu immédiatement reçu de l'oxygène ?

bien  assez bien  fatigué  mal  gueule de bois  
 oui  non (si oui, voir remarques)  
 oui  non (si oui, voir remarques)  
 oui  non (si oui, voir remarques date, heure, méthode, %O<sub>2</sub> et durée)  
 oui  non (si oui, voir remarques où et quand)

As-tu déjà été placé préventivement en chambre hyperbare ?

**Déroulement dans le temps**

Liste chronologique de l'apparition de tes symptômes et leur intensité sur une échelle de 1 (léger) à 10 (le plus grave)	Où as-tu ressenti les symptômes ?	Quand sont-ils apparus ?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

  

Évènement	Date	Début	Durée
Premiers secours			
Transport			
Centre de thérapie			
Traitement			

**Remarques** (remarques aux réponses ci-dessus)

---

---

---

---



### Constatations et traitements

Symptômes et constatations (voir explications dans les instructions) Confirmation des indications du plongeur à la page 2	Localisation (corps)	Début Date jj/mm/aa	Début Heure hh : mn	Degré de gravité (voir instructions pour les degrés conseillés)							* Degré gravité maximal	Sortie
				Après O <sub>2</sub> d'ur- gence	Entrée	Après 1. Recompr	Après 2. Recompr	Après 3. Recompr	Après 4. Recompr	Après 5. Recompr		
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												

**Remarques** (veuillez utiliser une autre feuille pour saisir d'autres symptômes, médicaments, constatations, récompressions supplémentaires, etc.)

Print Name of Chamber Representative for IDAN follow-up :

Cocher si une feuille supplémentaire a été utilisée  
\* noter l'heure du degré maximal de gravité

**Oxygénothérapie d'urgence à la surface** (voir instructions pour la méthode)

Heure et date début	Durée	% O <sub>2</sub>	Débit	Méthode	Remarques

**Recompression** (voir instructions pour genre de chambre, protocole, gaz et complications)

Heure et date début	Type de chambre	Protocole	Gaz	Complications	Remarques

**Médication** (voir instructions pour le lieu de prise, noter médicaments supplémentaires sous remarques)

Heure et date début	Nom du médicament	Dosage	Lieu de prise	Remarques

**Vérifications après l'accident de plongée**

Analyse	Effectuée	Normal	Constatations
Radio du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fonctions pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eco cardiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomographie (CT/RMI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Rapport de sortie** (cocher tout ce qui correspond) **Jour de sortie:** \_\_\_\_\_ **Heure de sortie:** \_\_\_\_\_

Diagnostic	Description	Etat à la sortie	
<input type="checkbox"/> DCS-1 <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> DCS-2 <input type="checkbox"/> DCI <input type="checkbox"/> Baro poumons <input type="checkbox"/> Pas d'acc. décomp. <input type="checkbox"/> Ambiguë <input type="checkbox"/> Pas clair <input type="checkbox"/> Autre (remarque)	<input type="checkbox"/> Douleurs articulaires <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> Sensations <input type="checkbox"/> Diminution sensitive articulation <input type="checkbox"/> Diminution sensitive en périphérie <input type="checkbox"/> Diminution sensitive cutanée <input type="checkbox"/> Blessures dues à organisme marin <input type="checkbox"/> Autres (voir remarques) <input type="checkbox"/> Hypotonie	<input type="checkbox"/> Marche/Coordin. <input type="checkbox"/> Vertige <input type="checkbox"/> Diminution auditive <input type="checkbox"/> Prédispositions <input type="checkbox"/> Pneumo médiastin <input type="checkbox"/> Pneumothorax <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Aspiration/Immersion <input type="checkbox"/> Fonction élevée <input type="checkbox"/> Barotraumatisme oreille <input type="checkbox"/> Dermatologique <input type="checkbox"/> Lymphatique <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire	<input type="checkbox"/> Guéri <input type="checkbox"/> Mieux, résidus <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Empiré <input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Contre avis médical

Médecin:

Date:

Institution:

Signature: