**Etude de l’infection à Sars-CoV2 chez les plongeurs du Grand Est**

**Nom :** P**rénom :** **Age :**

**Niveau de plongeur :**

**Nombre approximatif de plongées :**

**Antécédents médicaux significatifs :**

**Détails de l’infection à Sars-CoV2 :**

**Date 1er symptômes :**

**Symptômes présentés au cours de la maladie (entourer les réponses):**

fièvre / toux / dyspnée / diarrhée  / anosmie / céphalée / douleur thoracique / autre

**Diagnostic établi par (entourer 1 réponse) :**

frottis nasal+ seul / frottis nasal+ & scanner+ / scanner+ seul / clinique seule

**Sévérité de la maladie (entourer 1 réponse) :**

peu symptomatique / dyspnée / hospitalisation pour problème non respiratoire /

hospitalisation pour oxygénothérapie / hospitalisation en réanimation

**Si hospitalisation, durée en réanimation (jours) :** **durée totale du séjour hospitalier :**

**Diagnostics retenus (entourer les réponses) :**

Pneumopathie covid / Pneumopathie bactérienne surajoutée / Neurocovid / Myocardite / Insuffisance rénale / Thrombose veineuse / Embolie pulmonaire

**Sérologie faite ?** oui / non **Si oui, date :** **résultat :** IgG+ / IgG- / IgM+ / IgM- **kit utilisé :**

**Visite d’aptitude : Date:**

**Etat de santé jugé par le plongeur (entourer 1 réponse) :**

comme avant la maladie / légèrement moins bon / bien moins bon

**A repris une activité physique :**

oui sans limitation / oui avec limitation / non

**Auscultation pulmonaire :** normale / anomalies :

**PIKO**: VEMS :LVEM6 : L/min **Peak-flow :** L/min

**SpO2 : %**

**Autre éléments notable de l’examen clinique :**

**Examens complémentaires (optionnels):**

**EFR :** Date :

**CVF/ théorique :** % **VEMS/théorique :** % **VEMS/CV / théorique :** %

**DEM 25-75 / théorique :** % **PaO2 : mmHg PaCO2 : mmHg SaO2 : %**

**Scanner thoracique :** **date :** **Résultat :** normal / anormal

**Anomalies constatées :**

**A l’issue de la visite médicale :**

CACi remis pour reprise sans limitation / CACI remis pour reprise avec limitation / CACI en attente d’examens complémentaires / CI

**Si Ci, durée :** 2 semaines / 1 mois / 3 mois / 6 mois / définitive

**Consentement :**

Je soussigné ………………………………………………….., donne mon accord pour que mes données présentes sur ce document soient traitées par le Dr Thierry KRUMMEL, président de la commission médicale et de prévention du comité régional Grand Est de la FFESSM, pour analyse statistique et publication.

Lorsque j’aurai repris l’activité de plongée sous-marine je l’informerai du déroulement de cette reprise par mail à l’adresse : president.cmp.est@gmail.com

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Médecin investigateur | Patient |
| Nom |  |  |
| Signature |  |  |