

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF

Je soussigné(e), Docteur en médecine _____

Certifie avoir examiné ce jour :

M _____

Né(e) le _____

Demeurant _____

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable :

- à la pratique d'un saut en tandem
- à la pratique du parachutisme sportif (saut d'aéronef)
- à la pratique du parachutisme ascensionnel (tracté-treuilé)
- à la pratique du parapente
- à la pratique du vol en soufflerie
- à l'enseignement du parachutisme

Restrictions _____

Présente une contre-indication (précisez) _____

Fait à _____ le _____ signature et cachet

Le présent certificat est valable pour l'année en cours. La liste des contre-indications est consultable sur le site fédéral : <https://www.ffp.asso.fr> - Espace médical/Para-clic

En cas d'inaptitude ou de demande de dérogation,

Adresser ce certificat médical et tous documents utiles au Médecin Fédéral National - 62, rue de Fécamp - 75012 PARIS

CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF

Liste non limitative. Les problèmes doivent être abordés cas par cas, avec un bilan spécialisé si nécessaire, en tenant compte du niveau technique.
En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale.

| Altitude : 4000m hypoxie, hypobarie, hypothermie, stress Vitesse : 180 km/h en chute, 8 à 15 km/h au poser | Contre-indications définitives | Contre-indications temporaires |
|---|---|---|
| Cardiologie | Cardiopathie congénitale ou acquise Trouble de la conduction myocardique, permanente ou paroxystique, blocs de branche gauche, WPW. Insuffisance coronarienne clinique ou électrique, pontages artériels ou autres Valvulopathies symptomatiques Hypertension artérielle permanente | Hypertension artérielle non contrôlée Traitement anti-arythmique à évaluer Traitement bêta-bloquant à évaluer |
| Appareil locomoteur et squelette | Affections ostéo-articulaires et musculo-tendineuses en évolution, séquelles fonctionnelles graves, affections congénitales ou acquises Luxation récidivante de l'épaule Instabilité rotulienne majeure Affection rhumatismale chronique ou sub-aigüe Spondylolisthésis instable avec signes fonctionnels aigus ou chroniques Hernie discale avec signes neurologiques Amputation d'un segment de membre Ostéoporose patente | Douleurs rachidiennes, accentuation des courbures, troubles de la statique à évaluer Ostéosynthèse en place Séquelles de fracture du rachis, de hernie discale non neurologique à évaluer |
| Pneumologie | Affection pulmonaire chronique ne tolérant pas l'hypobarie ou l'hypoxie BPCO, dilatation des bronches, syndromes restrictifs (lobectomie, pectus...) Pneumothorax récidivant | Asthme à évaluer Pneumopathie en évolution |
| Oto-rhino-laryngologie | Affection chronique de l'oreille moyenne Obstruction permanente de la trompe d'Eustache Cophose uni ou bilatérale Trouble permanent du vestibule | Affection aigüe intercurrente |
| Ophtalmologie | Fragilisation du globe oculaire (chirurgie ouverte, myopie forte, traumatisme) Acuité inf à 8/10 avec correction, le meilleur à 6/10, le plus faible à 1/10 | Chirurgie réfractive à évaluer Dyschromatopsie (ISHIHARA), avertir le candidat Traitement par bêta bloquant topique à évaluer |
| Neurologie | Epilepsie Troubles chroniques ou paroxystiques de la vigilance Effraction méningée neurochirurgicale, ORL, traumatique | Traumatisme crânien grave à évaluer |
| Psychiatrie | Affection psychiatrique Alcoolisme et toxicomanies avérés | Traitement anxiolytique, antidépresseur, hypnogène à évaluer |
| Hématologie | Hémopathies, splénomégalies Anomalies de la crase | Phlébite non explorée |
| Endocrinologie | Diabète insulino dépendant Affection aigüe ou chronique pouvant influencer sur la sécurité | Diabète non insulino dépendant à évaluer |
| Gastro-entérologie | Dysfonction de la paroi abdominale Séquelles chirurgicales (cicatrice déhiscente, stomie...) | Hernie hiatale, reflux, colopathie à évaluer |
| Gynécologie | | Grossesse |
| Génito-urinaire | Séquelles avérées de chirurgie | |

Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication
La reprise du parachutisme après un accident en chute ou au poser nécessitera l'avis d'un Médecin du sport ou d'un Spécialiste

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(à faire remplir par le candidat)

NOM _____ PRÉNOM _____

Date de naissance | ____ | | ____ | | _____ |

Niveau de pratique _____ Nombre de sauts _____

1/ Avez-vous déjà été opéré (e) ? oui non

Si oui, de quoi ? _____

2/ Avez-vous eu un traumatisme crânien avec perte de connaissance ? oui non

Si oui, quand et avec quelles conséquences ? _____

3/ Avez-vous (ou avez-vous eu) une ou des maladies particulières ? oui non

Si oui, lesquelles ? _____

4/ Avez-vous des séquelles d'un traumatisme ostéoarticulaire ? oui non

Si oui, lesquelles ? _____

5/ Avez-vous déjà eu une luxation de l'épaule ? oui non

6/ Prenez-vous des médicaments actuellement ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

7/ Antécédents ophtalmologiques oui non

Si oui, lesquels ? _____

8/ Antécédents ORL oui non

Si oui, lesquels ? _____

9/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ? oui non

10/ Autres remarques _____

Je soussigné(e) _____ atteste sur
l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à le

Signature