

Attestation d'aptitude - Certificat médical concernant les accompagnateurs/accompagnatrices en montagne ASGM

Information/procédure pour le médecin - ces pages contiennent des contenus sensibles et
restent exclusivement chez le médecin.

Nom et prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Objectif de l'examen d'aptitude :

Le/la candidat(e) doit être évalué(e) médicalement quant à son aptitude à exercer la profession « d'accompagnateur/accompagnatrice en montagne ». Cette évaluation peut être effectuée par un médecin de premier recours.

Il s'agit d'anticiper les risques pour la santé liés à la formation/l'exercice d'une profession très exigeante sur le plan physique, ou d'identifier les problèmes médicaux existants.

La liste suivante doit servir d'aide à cet effet. L'accent est mis sur l'exercice de la profession « d'accompagnateur/accompagnatrice en montagne ».

Objectif de l'examen d'aptitude :

Le/la candidat(e) doit être évalué(e) médicalement quant à son aptitude à exercer la profession « d'accompagnateur/accompagnatrice en montagne ». Cette évaluation peut être effectuée par un médecin de premier recours.

Il s'agit d'anticiper les risques pour la santé liés à la formation/l'exercice d'une profession très exigeante sur le plan physique, ou d'identifier les problèmes médicaux existants.

La liste suivante doit servir d'aide à cet effet. L'accent est mis sur l'exercice de la profession « d'accompagnateur/accompagnatrice en montagne ».

Antécédents médicaux :

Généralités :
État actuel :
Évaluations médicales en cours :

Anamnèse personnelle :

Maladies antérieures, hospitalisations :
Opérations :
Accidents :

Antécédents familiaux :

Événements cardiovasculaires :

Accompagnateur/trice en Montagne

avec brevet fédéral



Anamnèse du système :
Cœur/circulation :
<input type="checkbox"/> Problèmes lors d'un effort physique maximal :
<input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques/dyspnée :
<input type="checkbox"/> Autre :
Organes respiratoires :
<input type="checkbox"/> Asthme :
<input type="checkbox"/> Autre :
Organes abdominaux :
<input type="checkbox"/> Calculs rénaux :
<input type="checkbox"/> Autre :
Appareil locomoteur :
<input type="checkbox"/> Colonne vertébrale :
<input type="checkbox"/> Autre :
Système nerveux :
<input type="checkbox"/> Maux de tête, vertiges :
<input type="checkbox"/> Épilepsie :
<input type="checkbox"/> Perte de conscience soudaine :
<input type="checkbox"/> Autre :
Organes des sens :
<input type="checkbox"/> Yeux, aides visuelles :
<input type="checkbox"/> Oreilles :
Le psychisme :
<input type="checkbox"/> Le vertige :
<input type="checkbox"/> La claustrophobie :
<input type="checkbox"/> Crises de panique :
<input type="checkbox"/> Autre :
Médicaments :
Statut :
Taille, poids, IMC :
Voies respiratoires, auscultation et percussion pulmonaires :
Cœur, circulation
<input type="checkbox"/> Tension artérielle, pouls :
Abdomen, hernies :
Appareil locomoteur : colonne vertébrale, extrémités, articulations :
Organes des sens :
<input type="checkbox"/> Yeux : vision de loin sans/avec correction droite/gauche, champ visuel horizontal binoculaire de 120 degrés minimum. Vision stéréoscopique (par ex. test de Lang) :
<input type="checkbox"/> Oreilles : Chuchotements chiffres droite/gauche :
Analyse d'urine (Uristix) : glucose, protéines, sang

Accompagnateur/trice en Montagne

avec brevet fédéral



Attestation d'aptitude - Certificat médical

Avis d'aptitude - *cette page (sans contenu sensible) est remise au candidat/à la candidate pour transmission à l'ASGM*

Nom et prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Sur la base de mon évaluation, je considère que le/la candidat(e) susmentionné(e) est apte à exercer la profession « d'accompagnateur/accompagnatrice en montagne ».

Lieu, date :

Signature et tempon du médecin :
