

SERVICE DE SANTÉ DES GENS DE MER (SSGM)

PREMIÈRE INSCRIPTION

Conformément au Décret N° 2015-1575 du 3 décembre 2015 relatif à la santé et à l'aptitude médicale à la navigation.

Vous souhaitez passer une visite médicale d'aptitude initiale à la navigation professionnelle.

Avant de prendre rendez-vous auprès du SSGM de Charente-Maritime, vous devez demander à la Direction Départementale des Territoires et de la Mer de Charente-Maritime (DDTM 17) l'attribution d'un **numéro provisoire de marin**, en fournissant une copie de la pièce d'identité du futur marin, un justificatif de domicile et un numéro de téléphone.

DDTM La Rochelle,

Sur place, 89 Rue des cordeliers, ou par courriel (edith.dieu@charente-maritime.gouv.fr).

DDTM Marennnes,

Sur place, 3 Rue du Maréchal Foch, ou par courriel (ddtm-embarquements-marennnes@charente-maritime.gouv.fr).

Dès que vous aurez obtenu le numéro provisoire, contactez-nous, par téléphone ou directement sur place, et nous conviendrons ensemble d'un rendez-vous pour une visite médicale à ROCHEFORT.

SSGM Rochefort, lundi, mercredi, jeudi et vendredi,

Sur place, Port de Plaisance, Rue de la vieille forme (Entrée « Porte verte ») ou par téléphone, 05.46.82.29.88.

SSGM Marennnes, mardi,

Sur place, 3 Rue du Maréchal Foch, ou par téléphone, 05.46.85.69.49.

Les candidats mineurs doivent se présenter accompagnés par leurs parents ou tuteurs légaux.

Tous les candidats doivent se présenter munis d'une pièce d'identité.

Conseils et pièces médicales à fournir.

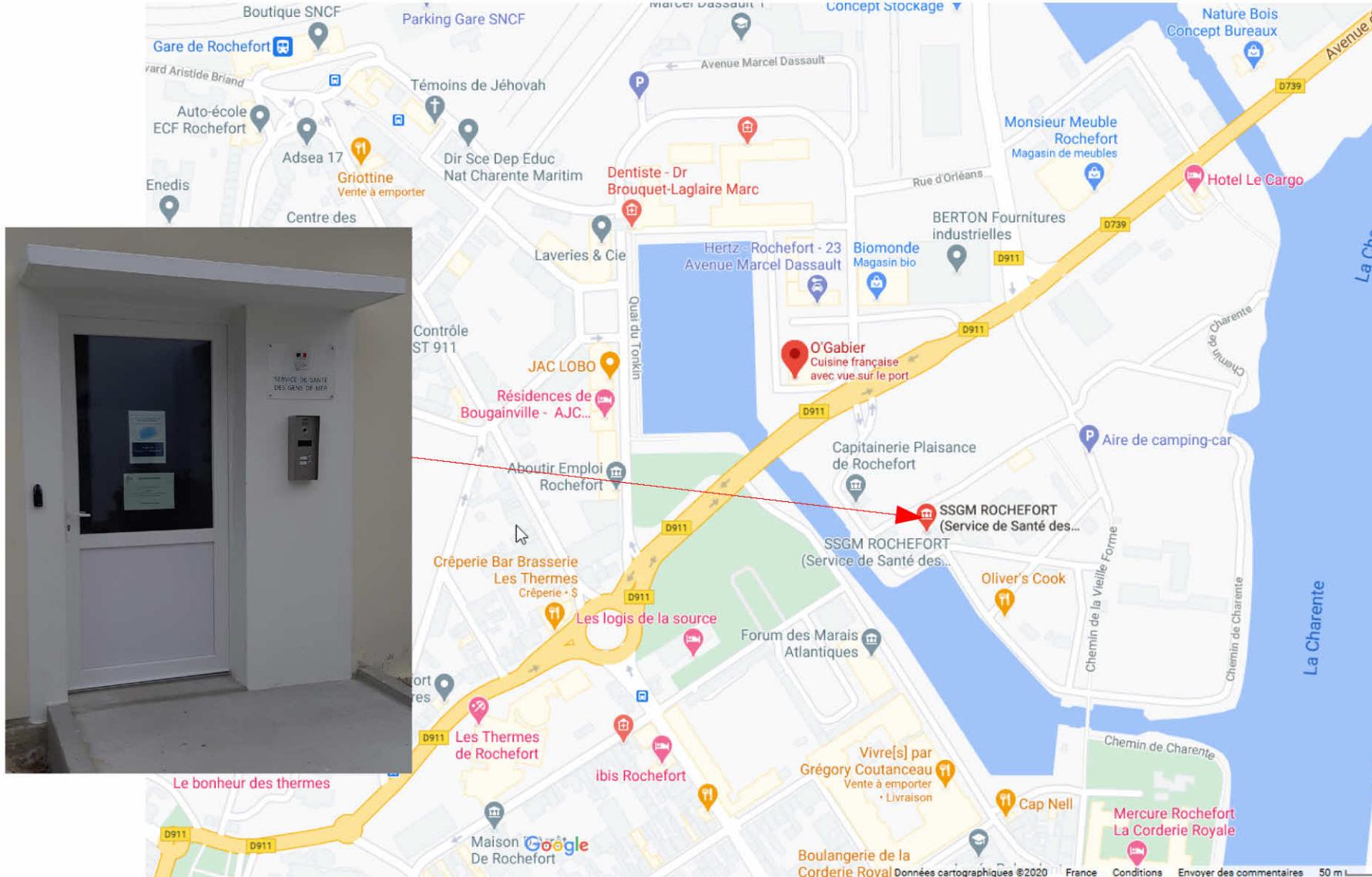
- 1.** Prévoyez que lors de la visite médicale, nous ferons une analyse de vos urines (venez **vessie pleine**).
- 2.** Apportez-nous la preuve d'une vaccination antitétanique à jour (carnet de santé, ou carnet de vaccination, ou certificat médical précisant la **date exacte** de la vaccination).
- 3.** Pour les porteurs d'une correction optique (lunettes, lentilles), venez avec un **certificat de votre ophtalmologue de moins d'un an**, indiquant pour chaque œil, l'acuité visuelle de loin, **SANS et AVEC correction (correction précise en DIOPTRIES)**.

IMPORTANT, lors de la visite médicale, les porteurs de **lentilles** devront les avoir **retirées la veille au soir** et **venir avec** leurs **lunettes correctrices**.

4. Signalez-nous lors de la prise de RDV, si vous êtes porteur d'une anomalie de la vision des couleurs (daltonisme, dyschromatopsie).

5. Le jour du RDV, ne pas oublier de rapporter, rempli et signé, le questionnaire biographique-médical qui vous aura été transmis.

SERVICE DE SANTÉ DES GENS DE MER DE CHARENTE-MARITIME
RUE DE LA VIEILLE FORME – 17300 ROCHEFORT



Visite Médicale d'Aptitude (VMA) Périodique (1 an, 2 ans) à Rochefort ou à Marennes :

Prise de Rendez-vous par internet ([Agenda SSGM - Prise de rendez-vous](#)).

VMA Initiale (Entrée dans la profession de marin) à Rochefort uniquement / **Visite Médicale de Reprise après arrêt de travail** à Rochefort ou à Marennes :

Prise de Rendez-vous par téléphone ; **05.46.82.29.88**.

N.B. : Nous nous déplaçons de Rochefort à Marennes le mardi.

SERVICE DE SANTÉ DES GENS DE MER

RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MÉDICAL

Veillez répondre aux questions¹, dater et signer² à la fin des 4 pages.

NOM :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Profession ou situation scolaire :

Situation familiale, nombre d'enfants :

ANTÉCÉDENTS AU TRAVAIL

- Avez-vous déjà consulté un médecin des gens de mer ?

Non Oui

Si oui, où et quand ?

- Quelle formation avez-vous reçue ?

- Scolaire, apprentissage, universitaire... :

- Autres... :

- Quels métiers avez-vous exercés ? (Précisez les plus récents)

- De _____ à _____ :

- De _____ à _____ :

- De _____ à _____ :

- Au cours de ces métiers, avez-vous été exposé à des nuisances

- Amiante

Non Oui + Oui ++

- Poussières, allergènes

Non Oui + Oui ++

- Bruit

Non Oui + Oui ++

- Vibrations

Non Oui + Oui ++

- Radiations, rayonnements

Non Oui + Oui ++

- Produits chimiques, gaz

Non Oui + Oui ++

- Produits pétroliers

Non Oui + Oui ++

- Postures inconfortables, gestes répétés rapidement

Non Oui + Oui ++

- Autres, précisez :

Non Oui + Oui ++

- Avez-vous déjà été inapte à un poste de travail¹ ou un métier¹ ?

Non Oui

- Avez-vous déjà été victime d'un accident de travail¹ ou maladie professionnelle¹ ?

Non Oui

- Vous a-t-il été reconnu un taux d'incapacité ?

Non Oui

Si oui, précisez le taux et la raison :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

- Avez-vous déjà été opéré ?

Non Oui

- Année : _____ Motif : _____

- Année : _____ Motif : _____

- Avez-vous été opéré des oreilles¹ ou des yeux¹ (kératotomie) ?

Non Oui

¹ - Si oui, rayez les réponses inutiles.

² - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

³ - « Ou avez-vous eu ? »

- Avez-vous déjà passé au moins une nuit à l'hôpital ou en clinique Non Oui
- Année : Motif :
- Année : Motif :
- Avez-vous eu des accidents (sports, deux roues, automobile...) Non Oui
- Année : Lésions corporelles :
- Année : Lésions corporelles :
- Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ? Non Oui
- Avez-vous eu des traumatismes crâniens¹, malaises¹, pertes de connaissance¹ ? Non Oui
- Avez-vous pris dans votre vie un traitement prolongé (plusieurs semaines, mois...) ? Non Oui
- Si oui, précisez ?

ACTUELLEMENT

- Avez-vous des symptômes, une maladie ? Non Oui
- Si oui, précisez ?
- Prenez-vous un traitement, des médicaments ? Non Oui
- Si oui, précisez ?
- Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ? Non Oui
- Si oui, précisez ?
- Êtes-vous suivi par un médecin pour une maladie, ou autre ? Non Oui
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous un déficit (membres supérieurs, inférieurs, auditif, visuel, autre) ou un handicap même léger ; un bégaiement, un trouble DYS (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe...) ? Non Oui
- Si oui, précisez ?
- Portez-vous une prothèse (cardiaque, oculaire, auditive, hanche, genou...) ? Non Oui
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous un trouble connu de la vision des couleurs ? Non Oui
- Portez-vous des lunettes¹ ou des lentilles cornéennes¹ ? Non Oui
- Avez-vous une intolérance à l'effort (respiratoire, cardiaque, musculaire...) ? Non Oui
- Si oui, précisez ?

PATHOLOGIES PAR APPAREILS

Maladies pulmonaires :

- Avez-vous³ la tuberculose (y compris primo infection) ? Non Oui
- Avez-vous³ une maladie pleurale, bronchique ou autre ? Non Oui
- Si oui, précisez ?

Maladies allergiques et immunitaires, cancers :

- Avez-vous une allergie (médicaments, allergènes...) ? Non Oui
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous³ une maladie immunitaire (y compris positivité au virus du Sida) ? Non Oui
- Avez-vous³ un Cancer ? Non Oui
- Si oui, précisez ?

¹ - Si oui, rayez les réponses inutiles.

² - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

³ - « Ou avez-vous eu ? »

Maladies métaboliques et des glandes endocrines :

- Avez-vous du Diabète (y compris sucre dans les urines) ? Non Oui
- Avez-vous un excès de cholestérol¹, de triglycérides¹, d'acide urique¹ ? Non Oui
- Avez-vous un excès pondéral¹, une obésité¹ ? Non Oui

Maladies de l'appareil digestif :

- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
 - Œsophagite¹, gastrite¹, ulcère¹ ? Non Oui
 - Colite¹, diverticulite¹ ? Non Oui
 - Hémochromatose¹, cirrhose¹ ? Non Oui
 - Calcul biliaire¹, pancréatite¹ ? Non Oui
 - Hépatite A¹, B¹, ou C¹ ? Non Oui
 - Hernie inguinale¹, crurale¹, hiatale¹ ou éventration¹ ? Non Oui

Maladies cardio-vasculaires et du sang :

- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
 - Maladie cardiaque congénitale¹ ? Non Oui
 - Maladie des valves (aortique¹, mitrale¹...) ? Non Oui
 - Trouble du rythme (tachycardie¹, fibrillation¹, port d'un stimulateur¹) ? Non Oui
 - Maladie des coronaires (angine de poitrine¹, infarctus¹...) ? Non Oui
 - Péricardite¹, endocardite¹ ? Non Oui
 - Maladie des artères¹, phlébite¹, varices¹ ? Non Oui
 - Hypertension artérielle ? Non Oui
 - Anémie¹, purpura¹, hémophilie¹, polyglobulie¹, Hodgkin¹ ? Non Oui

Maladies génitales et urinaires :

- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
 - Malformation des organes génitaux¹ ou des glandes¹ ? Non Oui
 - Calcul urinaire¹, colique néphrétique¹ ? Non Oui
 - Maladie des reins (hydronéphrose, polykystose...) ? Non Oui
- Si oui, précisez ?
- Présence de sang¹, sucre¹, protéines¹ ou albumine¹ dans les urines ? Non Oui
- Maladie gynécologique, obstétrique ? Non Oui
- Si oui, précisez ?

Troubles psychiques :

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre¹ ou un psychologue¹ ? Non Oui
- Avez-vous déjà pris des médicaments pour la dépression¹, le sommeil¹, l'anxiété¹, la nervosité¹ ? Non Oui
- Avez-vous été hospitalisé en service ou clinique psychiatrique ? Non Oui
- Avez-vous un problème d'addiction (alcool, drogue, médicament...) ? Non Oui
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous³ un traitement pour une addiction ? Non Oui
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
 - dépression¹, psychose maniaco-dépressive¹ ? Non Oui
 - névrose¹, angoisses¹, phobie¹, obsessions¹ ? Non Oui
 - psychose¹, schizophrénie¹, paranoïa¹ ? Non Oui

¹ - Si oui, rayez les réponses inutiles.

² - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

³ - « Ou avez-vous eu ? »

- Avez-vous uriné au lit après l'âge de 10 ans ? Non Oui
- Avez-vous fait une tentative de suicide ? Non Oui

Maladies neurologiques et rachidiennes :

- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
- Maladie des nerfs¹, moelle épinière¹, cerveau¹ ? Non Oui
- Paralyse même partielle ? Non Oui
- Épilepsie (crises comitiales de tous types) ? Non Oui
- Scoliose¹, séquelles d'accident¹ ou de traumatisme¹ ? Non Oui

Maladies de la peau et des dents :

- Avez-vous³ une maladie dermatologique (Eczéma, psoriasis, urticaire...) ? Non Oui
Si oui, précisez ?
- Portez-vous une prothèse¹ ou un appareillage dentaire¹ ? Non Oui

Nez, Gorge, Oreilles, Yeux :

- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
- Otite¹, cholestéatome¹, ostéospongiose¹ ? Non Oui
- Maladie du nez, de la gorge, des yeux ? Non Oui
Si oui, précisez ?

Autres maladies :

- Sauf maladie bénigne ou saisonnière (type rhume, angine de gorge, accès grippal) ? Non Oui
Si oui, précisez ?

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

- Est-ce que l'un de vos parents (ascendants, descendants directs) est ou a été atteint d'une maladie (Asthme, diabète, hypertension artérielle...) ? Non Oui
Si oui, précisez ?

Date :

Signature² :

¹ - Si oui, rayez les réponses inutiles.

² - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

³ - « Ou avez-vous eu ? »



Service de Santé des Gens de Mer

Le Service de Santé des Gens de Mer (SSGM) a mis en place l'informatisation du dossier médical des marins depuis 2000.

- Cette informatisation facilite l'accès de votre dossier à tous les Médecins des Gens de Mer, vous permettant ainsi de passer vos visites dans n'importe quel SSGM en France.
- Elle permet aussi aux médecins du **Centre de Consultation Médicale Maritime (C.C.M.M.)** de Toulouse d'accéder à votre dossier médical lors d'une consultation radio, en cas d'accident ou de maladie à bord, afin de mieux vous soigner et d'améliorer votre sécurité médicale en mer.

Le droit d'accès aux informations contenues dans votre dossier s'exerce dans les conditions prévues par la Loi « Informatique et Liberté » :

Les demandes de modification des données administratives peuvent s'exercer auprès de :

Monsieur le Chef du Service de Santé des Gens de Mer
DGITM/DAM/SSGM
Tour Séquoia
92055 LA DEFENSE CEDEX

Les informations médicales de votre dossier sont la propriété du SSGM et ne peuvent être communiquées que sur votre demande, soit à vous-même, soit à un médecin nommément désigné par vous.

Ne peuvent accéder à ces informations que les médecins et infirmiers des SSGM et le médecin régulateur du CCMM qui traite l'appel d'urgence du navire sur lequel vous êtes embarqué, dans le respect des règles professionnelles médicales.

Je soussigné(e) :

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Reconnais avoir été informé des conditions d'accès à mon dossier médical personnel informatisé.

J'accepte qu'il puisse être consulté par les médecins du CCMM, si nécessaire.

Je refuse qu'il puisse être consulté par les médecins du CCMM, même en cas de nécessité.

✓ (cocher les bonnes cases)

Fait à _____, le _____.

Signature (parents ou tuteurs légaux si candidat mineur) :