MINISTÈRE
DE LA MER
Liberté
Égalité
Fraternité

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) la plus proche de votre domicile, 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 Marennes,**

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

Dès que vous aurez obtenu le numéro provisoire, contactez-nous, par téléphone ou par mail ssgm-rochefort-marennes@developpement-durable.gouv.fr et nous conviendrons ensemble d'un rendez-vous pour une visite médicale à ROCHEFORT.

- **SSGM Rochefort,**

Port de Plaisance, Rue de la vieille forme 17300 Rochefort 05.46.82.29.88.

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).

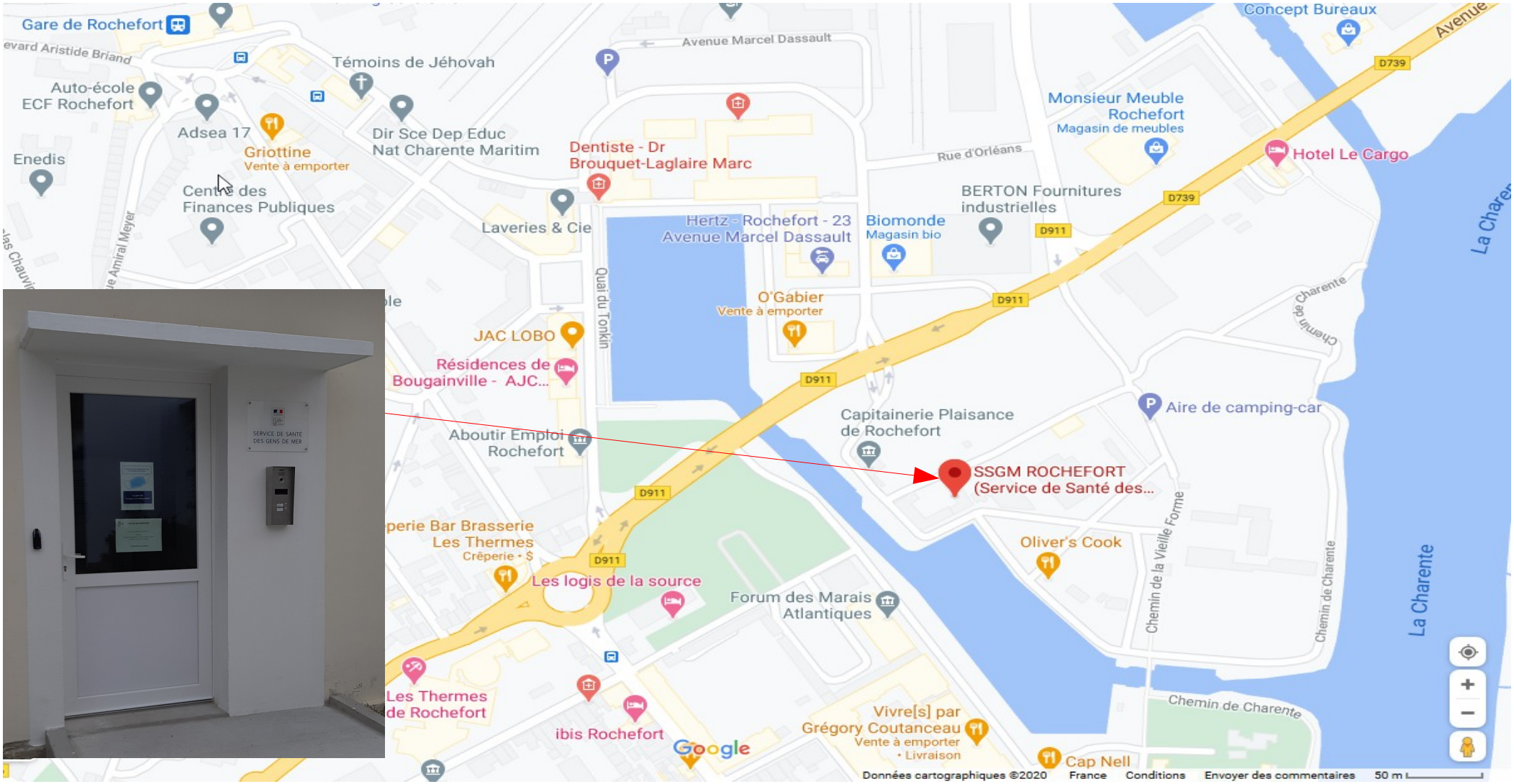
3. Pour les porteurs d'une correction optique (lunettes, lentilles), venez avec un certificat de votre ophtalmologue de moins d'un an, indiquant pour chaque œil, l'acuité visuelle de loin (correction précise en DIOPTRIES).

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** (1an, 2 ans) : Prise de Rendez-vous par internet (**Agenda SSGM - Prise de rendez-vous**).

- **VMA Initiale** (Entrée dans la profession de marin) / **VM de Reprise après arrêt de travail :** Prise de Rendez-vous par téléphone **05.46.82.29.88**

SERVICE DE SANTÉ DES GENS DE MER

RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MÉDICAL

Veuillez répondre aux questions[1], dater et signer[2] 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 reçu ?
  - 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 travail[1] ou un métier[1] ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous déjà été victime d'un accident de travail[1] ou maladie professionnelle[1] ? 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 oreilles[1] ou des yeux[1] (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 crâniens[1], malaises[1], pertes de connaissance[1] ? 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, dysorthographie…) ? 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 lunettes[1] ou des lentilles cornéennes[1] ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous une intolérance à l'effort (respiratoire, cardiaque, musculaire…) ? Non ☐ Oui ☐

  Si oui, précisez ?

PATHOLOGIES PAR APPAREILS

Maladies pulmonaires :

- Avez-vous[3] la tuberculose (y compris primo infection) ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous[3] 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-vous[3] une maladie immunitaire (y compris positivité au virus du Sida) ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous[3] 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 cholestérol[1], de triglycérides[1], d'acide urique[1] ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous un excès pondéral[1], une obésité[1] ? Non ☐ Oui ☐

Maladies de l'appareil digestif :

- Avez-vous[3] une ou plusieurs des maladies suivantes ?
  - Œsophagite[1], gastrite[1], ulcère[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Colite[1], diverticulite[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Hémochromatose[1], cirrhose[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Calcul biliaire[1], pancréatite[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Hépatite A[1], B[1], ou C[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Hernie inguinale[1], crurale[1], hiatale[1] ou éventration[1] ? Non ☐ Oui ☐

Maladies cardio-vasculaires et du sang :

- Avez-vous[3] une ou plusieurs des maladies suivantes ?
  - Maladie cardiaque congénitale[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Maladie des valves (aortique[1], mitrale[1]…) ? Non ☐ Oui ☐
  - Trouble du rythme (tachycardie[1], fibrillation[1], port d'un stimulateur[1]) ? Non ☐ Oui ☐
  - Maladie des coronaires (angine de poitrine[1], infarctus[1]…) ? Non ☐ Oui ☐
  - Péricardite[1], endocardite[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Maladie des artères[1], phlébite[1], varices[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Hypertension artérielle ? Non ☐ Oui ☐
  - Anémie[1], purpura[1], hémophilie[1], polyglobulie[1], Hodgkin[1] ? Non ☐ Oui ☐

Maladies génitales et urinaires :

- Avez-vous[3] une ou plusieurs des maladies suivantes ?
  - Malformation des organes génitaux[1] ou des glandes[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Calcul urinaire[1], colique néphrétique[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Maladie des reins (hydronéphrose, polykystose…) ? Non ☐ Oui ☐

    Si oui, précisez ?
  - Présence de sang[1], sucre[1], protéines[1] ou albumine[1] dans les urines ? Non ☐ Oui ☐
  - Maladie gynécologique, obstétrique ? Non ☐ Oui ☐

    Si oui, précisez ?

Troubles psychiques :

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre[1] ou un psychologue[1] ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous déjà pris des médicaments pour la dépression[1], le sommeil[1], l'anxiété[1], la nervosité[1] ? 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-vous[3] un traitement pour une addiction ? Non ☐ Oui ☐

  Si oui, précisez ?
- Avez-vous[3] une ou plusieurs des maladies suivantes ?
  - dépression[1], psychose maniaco-dépressive[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - névrose[1], angoisses[1], phobie[1], obsessions[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - psychose[1], schizophrénie[1], paranoïa[1] ? 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-vous[3] une ou plusieurs des maladies suivantes ?
  - Maladie des nerfs[1], moelle épinière[1], cerveau[1] ? Non ☐ Oui ☐
  - Paralysie même partielle ? Non ☐ Oui ☐
  - Épilepsie (crises comitiales de tous types) ? Non ☐ Oui ☐
  - Scoliose[1], séquelles d'accident[1] ou de traumatisme[1] ? Non ☐ Oui ☐

Maladies de la peau et des dents :

- Avez-vous[3] une maladie dermatologique (Eczéma, psoriasis, urticaire…) ? Non ☐ Oui ☐

  Si oui, précisez ?
- Portez-vous une prothèse[1] ou un appareillage dentaire[1] ? Non ☐ Oui ☐

Nez, Gorge, Oreilles, Yeux :

- Avez-vous[3] une ou plusieurs des maladies suivantes ?
  - Otite[1], cholestéatome[1], ostéospongiose[1] ? 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 :

Signature[2] :

[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) :

Mise à jour le 08/02/2019