



*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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 **06.65.80.55.91**

**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).

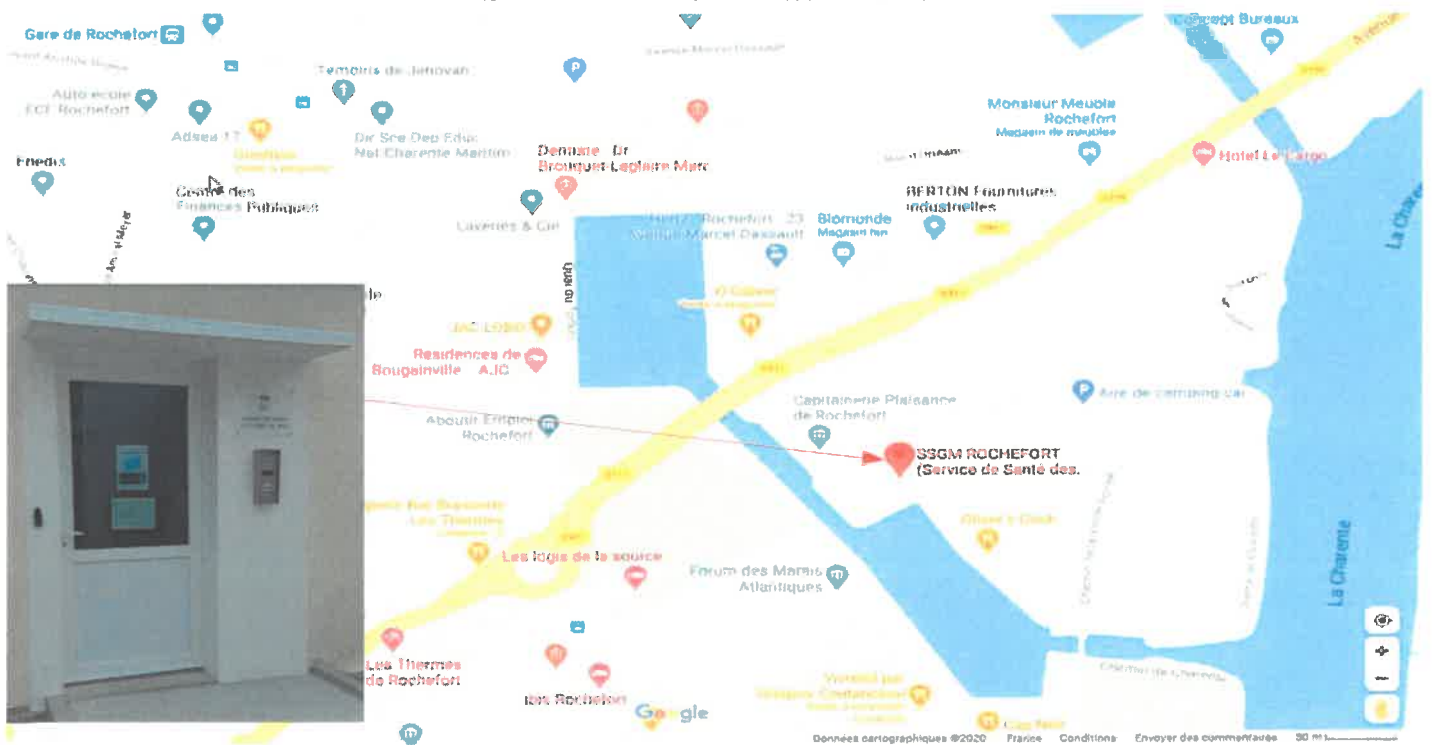
**3.** Pour les porteurs d'une correction optique (lunettes, lentilles), venez avec un certificat de votre **ophtalmologue de moins d'un an**, indiquant pour chaque œil, l'acuité visuelle de loin (correction précise en DIOPTRIES).

**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 **06.65.80.55.91**

# SERVICE DE SANTÉ DES GENS DE MER

## RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

### **QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MÉDICAL**

Veillez répondre aux questions<sup>1</sup>, dater et signer<sup>2</sup> 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 travail<sup>1</sup> ou un métier<sup>1</sup> ? Non  Oui

- Avez-vous déjà été victime d'un accident de travail<sup>1</sup> ou maladie professionnelle<sup>1</sup> ? 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<sup>1</sup> ou des yeux<sup>1</sup> (kératotomie) ? Non  Oui

<sup>1</sup> - Si oui, rayez les réponses inutiles.

<sup>2</sup> - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

<sup>3</sup> - « 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<sup>1</sup>, malaises<sup>1</sup>, pertes de connaissance<sup>1</sup> ? 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 lunettes<sup>1</sup> ou des lentilles cornéennes<sup>1</sup> ? Non  Oui
- Avez-vous une intolérance à l'effort (respiratoire, cardiaque, musculaire...) ? Non  Oui
- Si oui, précisez ?

### PATHOLOGIES PAR APPAREILS

#### **Maladies pulmonaires :**

- Avez-vous<sup>3</sup> la tuberculose (y compris primo infection) ? Non  Oui
- Avez-vous<sup>3</sup> 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<sup>3</sup> une maladie immunitaire (y compris positivité au virus du Sida) ? Non  Oui
- Avez-vous<sup>3</sup> un Cancer ? Non  Oui
- Si oui, précisez ?

<sup>1</sup> - Si oui, rayez les réponses inutiles.

<sup>2</sup> - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

<sup>3</sup> - « 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<sup>1</sup>, de triglycérides<sup>1</sup>, d'acide urique<sup>1</sup> ? Non  Oui
- Avez-vous un excès pondéral<sup>1</sup>, une obésité<sup>1</sup> ? Non  Oui

### **Maladies de l'appareil digestif :**

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

### **Maladies cardio-vasculaires et du sang :**

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

### **Maladies génitales et urinaires :**

- Avez-vous<sup>3</sup> une ou plusieurs des maladies suivantes ?
  - Malformation des organes génitaux<sup>1</sup> ou des glandes<sup>1</sup> ? Non  Oui
  - Calcul urinaire<sup>1</sup>, colique néphrétique<sup>1</sup> ? Non  Oui
  - Maladie des reins (hydronéphrose, polykystose...) ? Non  Oui
- Si oui, précisez ?
- Présence de sang<sup>1</sup>, sucre<sup>1</sup>, protéines<sup>1</sup> ou albumine<sup>1</sup> dans les urines ? Non  Oui
- Maladie gynécologique, obstétrique ? Non  Oui
- Si oui, précisez ?

### **Troubles psychiques :**

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre<sup>1</sup> ou un psychologue<sup>1</sup> ? Non  Oui
- Avez-vous déjà pris des médicaments pour la dépression<sup>1</sup>, le sommeil<sup>1</sup>, l'anxiété<sup>1</sup>, la nervosité<sup>1</sup> ? 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<sup>3</sup> un traitement pour une addiction ? Non  Oui
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous<sup>3</sup> une ou plusieurs des maladies suivantes ?
  - dépression<sup>1</sup>, psychose maniaco-dépressive<sup>1</sup> ? Non  Oui
  - névrose<sup>1</sup>, angoisses<sup>1</sup>, phobie<sup>1</sup>, obsessions<sup>1</sup> ? Non  Oui
  - psychose<sup>1</sup>, schizophrénie<sup>1</sup>, paranoïa<sup>1</sup> ? Non  Oui

<sup>1</sup> - Si oui, rayez les réponses inutiles.

<sup>2</sup> - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

<sup>3</sup> - « 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<sup>3</sup> une ou plusieurs des maladies suivantes ?
- Maladie des nerfs<sup>1</sup>, moelle épinière<sup>1</sup>, cerveau<sup>1</sup> ? Non  Oui
  - Paralyse même partielle ? Non  Oui
  - Épilepsie (crises comitiales de tous types) ? Non  Oui
  - Scoliose<sup>1</sup>, séquelles d'accident<sup>1</sup> ou de traumatisme<sup>1</sup> ? Non  Oui

**Maladies de la peau et des dents :**

- Avez-vous<sup>3</sup> une maladie dermatologique (Eczéma, psoriasis, urticaire...) ? Non  Oui
- Si oui, précisez ?
- Portez-vous une prothèse<sup>1</sup> ou un appareillage dentaire<sup>1</sup> ? Non  Oui

**Nez, Gorge, Oreilles, Yeux :**

- Avez-vous<sup>3</sup> une ou plusieurs des maladies suivantes ?
- Otite<sup>1</sup>, cholestéatome<sup>1</sup>, ostéospongiose<sup>1</sup> ? 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 :

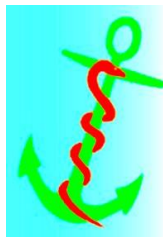
Signature<sup>2</sup> :

<sup>1</sup> - Si oui, rayez les réponses inutiles.

<sup>2</sup> - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

<sup>3</sup> - « Ou avez-vous eu ? »

# *Service de Santé des Gens de Mer*



Le Service de Santé des Gens de Mer a mis en place l'informatisation du fichier médical des marins.

Cette informatisation a pour but de faciliter l'accès du médecin des gens de mer à votre fiche médicale, **mais surtout** de permettre au **Centre de Consultations Médicales Maritimes (CCMM)** de Toulouse d'avoir accès à votre dossier lors d'une consultation radio si vous êtes victime d'un accident ou d'une maladie à bord, **dans le but d'améliorer votre sécurité médicale en mer.**

Le droit d'accès aux informations contenues dans ce fichier s'exerce dans les conditions prévues par la Loi sur l'Informatique et les Libertés. Les demandes de modification des données administratives peuvent s'exercer auprès de :

Monsieur le médecin  
Chef du Service de Santé des Gens de Mer  
Direction générale des affaires maritimes, de la pêche et de l'aquaculture  
Service de santé des Gens de Mer  
1 place Carpeaux  
92055 La Défense cedex

Les informations à caractère médical sont la propriété du SSGM et peuvent vous être communiquées directement ou à un professionnel de santé nommément désigné par vous.

Conformément à la déontologie médicale, ces informations ne peuvent être connues que du personnel médecin et infirmier du SSGM et du médecin régulateur du CCMM qui traite l'appel d'urgence du navire sur lequel vous êtes embarqué.

.....  
Je soussigné :

NOM :..... Prénom :..... N° identification :.....

Reconnais avoir été informé de l'informatisation du fichier médical des marins (arrêté du 5 avril 2000) et de la possibilité d'effectuer ma visite médicale annuelle dans l'ensemble des services de santé des gens de mer. L'accès à mon dossier médical est ouvert à tous les médecins des services de santé des gens de mer et au médecin régulateur du C.C.M.M. de Toulouse en cas de consultation télé médicale, dans le respect de la déontologie médicale.

Fait à :..... le :..... Signature :.....