

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 **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.

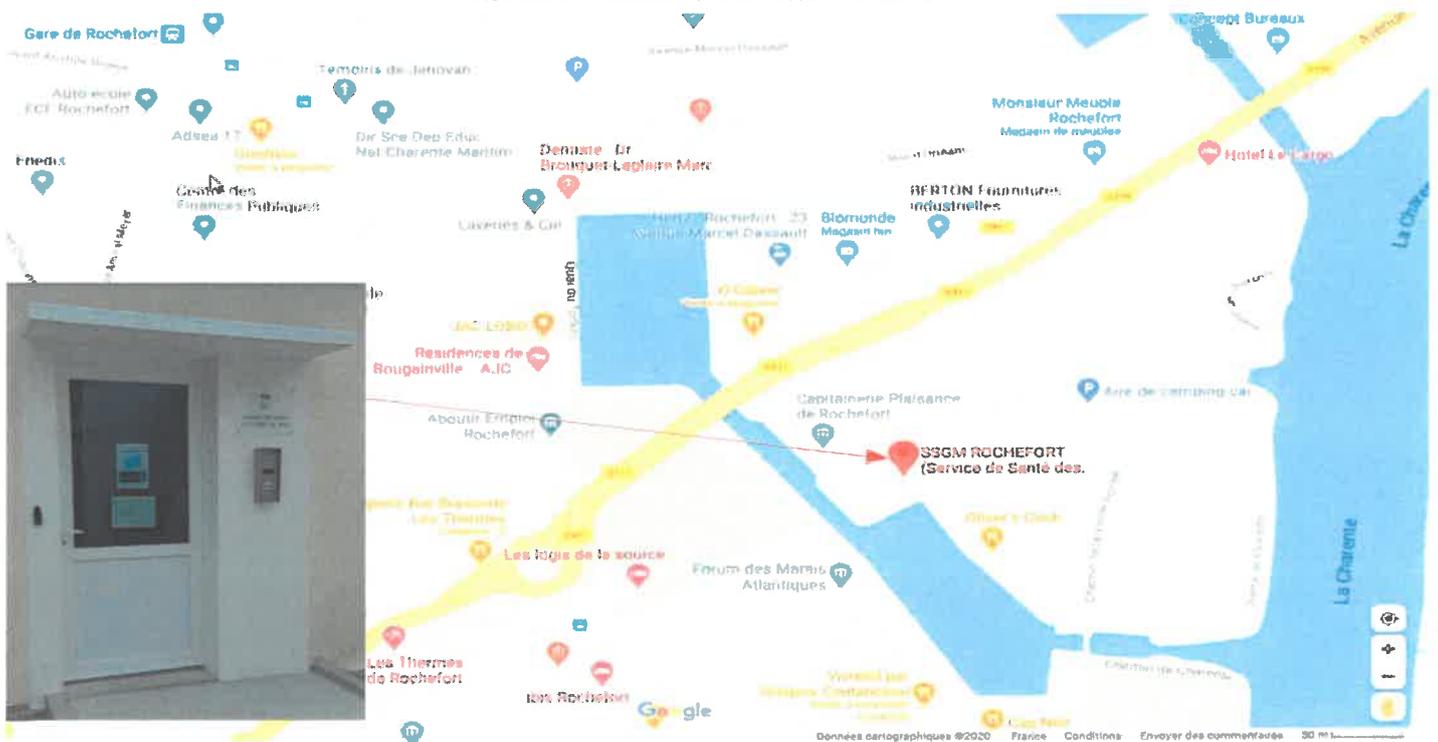
- 1.** Prévoyez que lors de la visite médicale, nous ferons une analyse de vos urines (venez **vessie pleine**).
- 2.** Apportez-nous la preuve d'une **vaccination antitétanique** à jour (carnet de santé, ou carnet de vaccination, ou certificat médical précisant la **date exacte** de la vaccination).
- 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 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 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 nommé 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 :.....