

SERVICE DE SANTE DES GENS DE MER

PREMIERE INSCRIPTION

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

Avant toute visite vous devez demander à la Direction Départementale des Territoires et de la Mer l'attribution d'un numéro provisoire de marin, en fournissant une copie de votre pièce d'identité, votre adresse et votre numéro de téléphone.

Par mail : ddtm-dml-gmn@pyrenees-atlantiques.gouv.fr

Ou par téléphone pour une prise de rdv : 05 59 52 59 70

Puis, prenez rendez vous pour effectuer une première visite médicale d'aptitude à la navigation **professionnelle** auprès du Service de Santé des Gens de mer (SSGM) de Ciboure par téléphone au 05 59 47 19 80

Si vous ne dépendez pas de Ciboure, téléphonez aux autres services (cf. liste jointe)

A l'issue de cette visite le certificat d'aptitude la navigation est délivré par le médecin des gens de mer. **Les candidats mineurs doivent se présenter accompagnés par leurs parents ou tuteurs légaux.**

CONSEILS ET PIECES MEDICALES A FOURNIR

- 1- Prévoyez que lors de la visite médicale, nous ferons un contrôle de vos urines, comprenant un test de drogues (venez **vessie pleine**)
- 2- Apportez nous la preuve d'une vaccination « Diphtérie Tétanos Polio » à jour (carnet de santé, carnet de vaccination, 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 de 1 an**, indiquant pour chaque œil, l'acuité visuelle de loin, **SANS et AVEC correction (correction précise en DIOPTRIES)** et le diagnostic. **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- Le jour du RDV, ne pas oublier de rapporter, rempli et signé, le questionnaire biographique-médical qui vous aura été transmis. Sinon vous le remplirez sur place.
- 5- Si vous avez une maladie importante ou une séquelle, apportez tous certificats et comptes rendus médicaux y étant relatif.

Secrétariat des SSGM

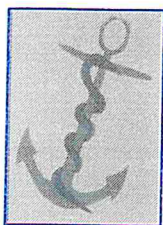
<u>Ville</u>	<u>Téléphone</u>
Bastia	04.95.32.84.72.
Bordeaux	05.56.00.83.21.
Boulogne-sur-Mer	03.21.30.87.08.
Brest	02.98.38.45.61.
Caen	02.31.43.19.59.
Cherbourg	02.50.79.15.69.
Ciboure	05.59.47.19.80.
Concarneau	02.90.08.57.09.
Dieppe	02.35.06.96.70.
Dunkerque	03.28.24.44.11.
Fort-de-France	05.96.60.79.96.
La Réunion	02.62.42.94.33.
Rochefort	05.46.82.29.88.
Le Guilvinec	02.98.58.27.18.
Le Havre	02.35.19.97.69.
Les-Sables-d'Olonne	02.51.23.98.75.
Lorient	02.97.37.49.87.
Marseille	04.91.39.69.19.
Nantes	02.40.44.81.39.
Paimpol	02.96.55.35.11.
Pointe-à-Pitre	05.90.21.29.19.
Saint-Malo	02.99.40.68.34.
Sète	04.67.46.33.28.
Saint-Nazaire	02.40.22.95.24.
Toulon	04.89.96.43.09.

Service de Santé des Gens de Mer

MEEDDM
DGITM/DAM/SSGM
Tour Séquoia
92055 LA DEFENSE CEDEX
Tél. : 01.40.81.39.62. / 39.66. / 39.68.

Télécopie : 01 40 81 39 70

Email : ssgm.dam.dgitm@developpement-durable.gouv.fr



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 soit consulté et renseigné par tout médecin ou infirmier des SSGM.
- J'accepte qu'il puisse être consulté par les médecins du CCMM, si nécessaire.
- Je refuse l'informatisation du dossier et demande que seul le médecin du SSGM dont je relève puisse accéder à mon dossier médical « papier ».

✓ (cocher les bonnes cases)

Fait à, le

Signature (parents ou tuteurs légaux si candidat mineur) :

SERVICE DE SANTE DES GENS DE MER
SUD-ATLANTIQUE

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MEDICAL

Veillez répondre aux questions, dater et signer :

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

Profession ou situation scolaire :

Situation de famille, nombre d'enfants :

ANTECEDENTS AU TRAVAIL

-Avez vous déjà consulté un médecin des gens de mer ?oui.....non
Si oui, où et quand :

-Quelle formation avez vous reçue ?
scolaire :

- . apprentissage :
- . universitaire :
- . autre :

-Quels métiers avez -vous exercé ?
. de à
. de à
de à

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

- .Amiante.....non.....oui++
- .Poussières, allergènes.....non.....oui++
- .Bruit.....non.....oui++
- .Vibrations.....non.....oui++
- .Radiations, rayonnements.....non.....oui++
- .Produits chimiques, gaz.....non.....oui++
- .Produits pétroliers.....non.....oui++
- .Postures inconfortables, gestes répétés rapidement?.....non.....oui++
- .Autres.....non.....oui++

-Avez-vous déjà été inapte à un poste de travail ou un métier?oui non

-Avez-vous déjà été victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ?.....oui.....non

-Vous a-t-il été reconnu un taux d'incapacité, une invalidité?.....oui.....non

ACTUELLEMENT

.Avez-vous des symptômes, une maladie ?oui.....non
.Prenez-vous un traitement, des médicaments ?.....oui.....non
lesquels :

. Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ?oui.....non

. Êtes-vous suivi par un médecin pour une maladie, ou autre ?oui.....non

.Avez-vous un déficit (membres supérieurs, inférieurs, auditif, visuel, etc.)
ou un handicap même léger : un bégaiement, une dyslexie, dyscalculie, dysorthographe ?.....oui non

.Portez-vous une prothèse (cardiaque, oculaire, auditive, hanche, genou...)?.....oui.....non

.Avez-vous un déficit de la vision des couleurs.....oui.....non

. Portez-vous des lunettes ou des lentilles cornéennes.....oui.....non

.Avez-vous une intolérance à l'effort (respiratoire, cardiaque, musculaire...)?.....oui.....non

ANTECEDENTS PERSONNELS

.Avez-vous déjà été opéré ?oui.....non
Année : Motif :

.Avez-vous été opéré des oreilles ou des yeux (kératite).....oui.....non
.Avez-vous déjà passé au moins une nuit à l'hôpital ou clinique.....oui.....non
Année : Motif :

.Avez-vous eu des accidents (sports, deux roues, automobile...).....oui.....non
Année : Lésions corporelles :

.Avez-vous eu des accidents (sports, deux roues, automobile...).....oui.....non
Année : Lésions corporelles :

.Avez-vous des traumatismes crâniens, malaises, pertes de connaissanceoui.....non

.Avez-vous eu des fractures, luxations?.....oui.....non

.Avez-vous pris dans votre vie un traitement prolongé (plusieurs semaines, mois...) ?oui.....non

Maladies pulmonaires :

Avez-vous eu : . la tuberculose (y compris primo infection).....oui.....non
. une maladie pleurale, bronchique, Asthme.....oui.....non

Maladies allergiques et immunitaires, cancers

- Allergie à des médicaments, allergènes oui..... non
- Maladie immunitaire (y compris positivité au virus du Sida)..... oui..... non
- Cancers ? oui..... non

Maladies métaboliques et des glandes endocrines

- Diabète (y compris sucre dans les urines)..... oui..... non
- Excès de cholestérol, triglycérides, acide urique..... oui..... non
- Obésité, excès pondéral oui..... non

Maladies de l'appareil digestif

- œsophagites, gastrite, ulcère..... oui..... non
- Colites, diverticulites..... oui..... non
- Hémothrombose, cirrhose..... oui..... non
- Calculs biliaires, pancréatite..... oui..... non
- Hépatites A, B, C..... oui..... non
- Hernies inguinales, crurales, hiatales et éventrations..... oui..... non

Maladies cardio-vasculaires et du sang

- Maladies cardiaques congénitales..... oui..... non
- Maladies des valves (aortique, mitrale, ..)..... oui..... non
- Troubles du rythme (tachycardies, fibrillations, port d'un stimulateur)..... oui..... non
- Maladies des coronaires (angine de poitrine, infarctus, ..)..... oui..... non
- Péricardites, endocardites oui..... non
- Maladies des artères, phlébites, varices..... oui..... non
- Hypertension artérielle..... oui..... non
- Anémies, purpuras, hémophilie, polyglobulies, Jldogkin..... oui..... non

Maladies génitales et urinaires

- Malformations des organes génitaux ou des glandes..... oui..... non
- Calculs urinaires, coliques néphrétiques..... oui..... non
- Maladies des reins (hydronephrose, polykystose, etc)..... oui..... non
- Présence de sang, sucre, protéines ou albumine dans les urines..... oui..... non
- Maladies gynécologiques, obstétriques..... oui..... non

Troubles psychiques

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue..... oui..... non
- Avez-vous déjà pris des médicaments pour la dépression, le sommeil, l'anxiété, la nervosité..... oui..... non
- Avez-vous été hospitalisé en service ou clinique psychiatrique..... oui..... non
- Avez-vous eu :
 - dépressions, psychose maniaque-dépressive..... oui..... non
 - névrose, angoisses, phobies, obsessions..... oui..... non
 - psychoses, schizophrénie, paranoïa..... oui..... non
 - traitement par addiction à une drogue (alcool, cannabis, cocaïne, héroïne amphétamines.....)..... oui..... non

- Avez-vous uriné au lit après l'âge de 10 ans..... oui..... non
- Avez-vous fait des tentatives de suicide oui..... non

Maladies neurologiques et rachidiennes

- Maladies des nerfs, moelle épinière, cerveau..... oui..... non
- Paralysies même partielles..... oui..... non
- Epilepsie (crises convulsives de tous types) oui..... non
- Scoliose, séquelles d'accident ou de traumatisme..... oui..... non

Maladies de la peau et des dents

- Exemple : eczéma, psoriasis, urticaires, etc..... oui..... non
- Prothèses, appareillage dentaire..... oui..... non

Nez, Gorge, Oreilles, Yeux

- Des otites, cholestéatome, otospongiose..... oui..... non
- Maladies du nez, de la gorge, des yeux oui..... non

Autres maladies

(sauf maladies bénignes, saisonnières type rhume, angine de gorge, accès grippal, etc)..... oui..... non

Antécédents familiaux

Vos parents (et frères, sœurs, enfants) ont-ils été atteints de maladie et laquelle..... oui..... non

Notamment: Asthme, diabète, hypertension artérielle..... oui..... non

Date :
Signature :

**SI LE CANDIDAT EST MINEUR,
SIGNATURE DU MAEUR RESPONSABLE:**

NOM :
PRÉNOM :
SIGNATURE :