

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

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.

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.

A Ciboure :

Téléphone: 05 59 47 14 55

Courriel: josiane.jaffre@pyrenees-atlantiques.gouv.fr

Adresse: 3 Place des Récollets

A Anglet:

Téléphone: 05 59 52 59 68

Courriel : jean-philippe.favennec@pyrenees-atlantiques.gouv.fr

Adresse: 19 avenue de l'Adour

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 àle

Signature (parents ou tuteurs légaux si candidat mineur) :

SERVICE DE SANTE DES GENS DE MER
AQUITAINE/ POITOU-CHARENTES

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MEDICAL

Veillez répondre aux questions, dater et signer à la fin des 04 pages

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 :

de à :

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

.Amiantenon.....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 :

- 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 ?..... 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 trouble connu 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 :
Année : Motif :
- . Avez-vous été opéré des oreilles ou des yeux (kératotomie)oui non
- . Avez-vous déjà passé au moins une nuit à l'hôpital ou cliniqueoui non
Année : Motif
Année Motif
- . Avez-vous eu des accidents (sports, deux roues, automobile...)oui non
Année : Lésions corporelles :
Année : Lésions corporelles :
- . Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ? oui non
- . Avez-vous des traumatismes crâniens, malaises, pertes de connaissance 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 ; autre 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
. Hémochromatose, 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, Hodgkin	oui	non

Maladies génitales et urinaires

. Malformations des organes génitaux ou des glandes	oui	non
. Calculs urinaires, coliques néphrétiques	oui	non
. Maladies des reins (hydronéphrose, 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 maniacodépressive	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, moëlle épinière, cerveau oui non
- Paralysies même partielles oui non
- Épilepsie (crises comitiales de tous types, y compris convulsions) oui non
- Scolioses, 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 grands-parents, frères, sœurs, enfants) sont-ils ou 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 MAJEUR RESPONSABLE	
NOM :	PRÉNOM :
SIGNATURE :	