PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS PAUL-ÉMILE VICTOR

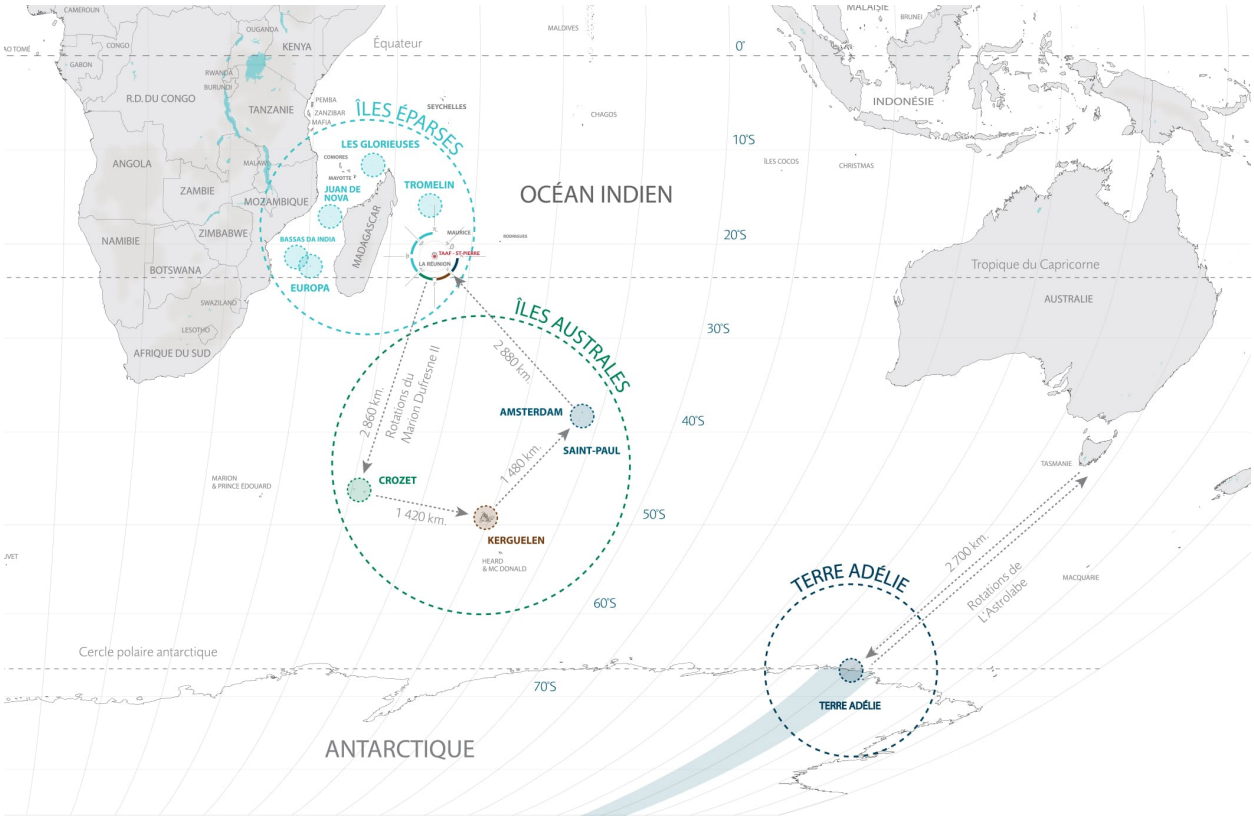
SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV

Dr. Paul LAFORET

Médecin-chef

DOSSIER MEDICAL D'APTITUDE

- CONFIDENTIEL MEDICAL -



PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : *0033 972 193 446*

Profil P3 : **Mission courte**

<u>Liste des documents/examens à réaliser</u> : (*ordonnances jointes en fin de dossier)*

1. CERTIFICAT MÉDICAL (validité 1 an)

☐ Auto-questionnaire, consentement site isolé, transfusion et télémédecine, interrogatoire et examen clinique par médecin

2. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

☐ Analyse sanguine et urinaire *(validité 6 mois)*
☐ Électrocardiogramme (ECG) 12 dérivations : *au repos, tracé (validité 1 an)*
☐ Radiographie de thorax : *cliché et compte rendu UNIQUEMENT SI POINT D'APPEL*
☐ Épreuve d'effort (chez le cardiologue) si âge > 50ans ou si demandé par médecin examinateur *(validité 5 ans, si déjà réalisé merci de préciser l'année :*)
☐ Vaccination contre la fièvre jaune (uniquement pour Observateurs de Pêche)

3. *CERTIFICATS COMPLÉMENTAIRES (utiliser uniquement les modèles du dossier)* :

☐ Certificat dentaire (validité 1 an) **<u>non obligatoire mais conseillé</u>**
☐ Certificat ophtalmologique *(validité 5 ans, si déjà réalisé merci de préciser l'année :*) **<u>non obligatoire mais conseillé</u>**
☐ Certificat gynécologique/sage-femme pour les femmes (validité 1 an) **<u>non obligatoire mais conseillé</u>**

4. AUTRES DOCUMENTS À FOURNIR

☐ Photocopie du carnet de vaccination (DTP)

Les examens médicaux sont pris en charge par votre employeur ou de la sécurité sociale.
Les soins éventuels seront à la charge du patient (prise en charge assurance maladie / mutuelle).

RÉSULTATS D'EXAMENS À ENVOYER AU SERVICE MEDICAL TAAF/IPEV
au plus tard dans un délai de 15 jours après réception du dossier
Merci de privilégier une version numérique
Aptitude-medicale@taaf.fr / **Fax : *0033 972 193 446***

TOUS LES ÉLÉMENTS DE CE DOSSIER SONT CONFIDENTIELS ET PROTÉGÉS PAR LE SECRET MÉDICAL.
Merci de les transmettre au service médical uniquement et pas aux ressources humaines.

Merci d'envoyer vos documents sous format PDF, avec un intitulé mentionnant la nature de l'examen et votre nom.
Exemple : « LAFORET Dossier Médical.pdf » ou « LAFORET Radio Thorax.pdf »
NE PAS FAIRE : « 932342.jpg ; 932343.jpg ; 932344.jpg ; 932345.jpg ; 932346.jpg »
Les fichiers photos trop lourds sont mal reçus sur les boites mails et ralentissent le traitement de votre dossier.

1) CERTIFICAT MÉDICAL

A) **RENSEIGNEMENTS ADMINSITRATIFS**

B) **FICHE D'INFORMATION MEDICALE**

C) **AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL**

D) **INFORMATIONS RELATIVES A LA TRANSFUSION SANGUINE**

E) **INFORMATIONS RELATIVES A LA TELEMEDECINE**

F) **CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE**

G) **SYNTHESE MEDICALE**

- **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance :_____/_____/_____ Âge : _____

Sexe : M ☐ F ☐ Autre ☐ Nationalité : _____

Adresse habituelle : _____

_____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Séjour antérieur avec les TAAF ou IPEV : Oui ☐ Non ☐
Si OUI, précisez (poste, district, durée, année) : _____

Employeur pour la mission : - TAAF. ☐ - IPEV. ☐ - Autre ☐ précisez : _____

Votre contact au sein des TAAF ou de l'IPEV : _____

Date, durée et lieu de la mission prévue : _____

Poste de travail envisagé : _____

Coordonnées du médecin traitant : _____

Coordonnées de vos médecins spécialistes ou chirurgiens référents en cas de pathologie chronique :

Personne de confiance à contacter en cas de problème de santé (Nom, lien, téléphone et adresse postale) :

Nom : _____ Téléphone : _____

Lien : _____

Adresse Postale : _____

_____

B) FICHE INFORMATION MÉDICALE

Vous allez prochainement effectuer un séjour en site isolé.
Les circonstances de ce type de séjour impliquent une réflexion particulière sur le plan de la santé :

- **Le climat** : forte exposition au froid, au vent, à la pluie, la neige et à l'exposition solaire.
- **La navigation** : parfois mouvementée, entraine un risque de mal de mer. Les traitements sont disponibles à bord.
- **Les évacuations sanitaires,** même urgentes, peuvent prendre des délais plusieurs mois selon les circonstances. Quand elles sont réalisables, les évacuations sanitaires sont réservées aux cas mettant en jeu le pronostic vital des malades. La survenue d'une pathologie motivant une longue indisponibilité ou un rapatriement peut avoir des conséquences majeures sur le bon déroulement de toute la mission.
- **La limite des possibilités de soins** dans les hôpitaux-infirmeries des bases et sur le Marion Dufresne : un médecin seul, sans soutien paramédical et équipé uniquement de matériel d'urgence (peu d'examens complémentaires, pas de scanner), ne peut fournir une couverture médicale équivalente à celle qui pourrait exister dans un hôpital en métropole.
- **Les traitements au long cours, y compris les produits de contraception**, doivent être approvisionnés par les intéressés en prévoyant un stock couvrant toute la durée du séjour. Les porteurs de lunettes doivent prévoir une paire de rechange.
- **La grossesse** : Des risques médicaux pouvant atteindre le pronostic vital de la mère existent dès le début de la grossesse et ne peuvent pas être traités sur les hôpitaux des districts. Toute grossesse est donc une indication à un rapatriement sanitaire à la première possibilité logistique. C'est pourquoi nous vous demandons une extrême vigilance quant à l'utilisation de moyens contraceptifs en cas de rapports sexuels. Le risque de transmission d'infection sexuellement transmissible est aussi présent sur base et l'usage du préservatif est recommandé. Des contraceptions d'urgence ainsi que des interruptions médicamenteuses de grossesse sont possible sur le terrain mais uniquement jusqu'à un délai de 7 semaines compte tenu des capacités de soins locales.
- **L'alimentation** : les commandes alimentaires sont réalisées avant votre recrutement, sur place il n'est pas possible de réaliser de régime spécifique. En cas de régime alimentaire particulier vous devez être capable de réaliser l'éviction du produit par vous-même. En cas de question ou de difficulté sur ce point merci d'échanger avec le médecin des TAAF.

Sur le terrain, vous devez être conscients de la majoration du risque global et en tenir compte dans votre comportement, en respectant les règles de sécurité.

L'aptitude médicale est réalisée dans le but de protéger chacun individuellement et aussi l'ensemble de la mission. Nous vous prions de vous soumettre avec une grande honnêteté au bilan d'aptitude qui vous est demandé.

Le service médical reste à votre disposition pour tout complément d'information.

Je soussigné(e), …… certifie avoir pris connaissance de l'information sur les conditions de l'exercice médical et sur la sécurité médicale des personnels dans le cadre de la mission organisée par les TAAF ou l'IPEV.

J'ai pu poser les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été apportées.

Le : …./…./……. À ……..

Signature (précédée de la mention « lu et approuvée »)

C) INFORMATIONS RELATIVES A LA TRANSFUSION SANGUINE

Toute personne partant en mission peut être amenée à recevoir du sang si les conditions médicales l'imposent

En cas d'urgence, et dans un but thérapeutique, accepteriez-vous, au cours de votre séjour :

De recevoir du sang **OUI** ☐ **NON** ☐

De donner du sang **OUI** ☐ **NON** ☐

Je soussigné(e), …… certifie avoir pris connaissance de l'information sur la transfusion dans le cadre de la mission organisée par les TAAF ou l'IPEV.

J'ai pu poser les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été apportées.

Le : …./…./……. À ……

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

D) INFORMATIONS RELATIVES A LA TÉLÉMÉDECINE

Si votre état de santé le nécessite, le médecin de bord ou du district peut être amené à transmettre vos données médicales et/ou d'éventuels examens complémentaires auprès de confrères pour avis.

J'autorise le médecin de bord ou du district à recourir à la télémédecine : OUI ☐ NON ☐

Je soussigné(e), …… certifie avoir pris connaissance de l'information sur la transfusion et la télémédecine dans le cadre de la mission organisée par les TAAF ou l'IPEV.

J'ai pu poser les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été apportées.

Le : …./…./……. À ……

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

E) AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL.

Nom :…….. Prénom : ……. Age : …….

(À remplir par le candidat et à présenter au médecin examinateur)

LA DISSIMULATION VOLONTAIRE D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX EST CONSIDÉRÉE COMME FAUTE GRAVE IMPLIQUANT LA RÉSILIATION DU CONTRAT ET LE RAPATRIEMENT ANTICIPÉ SANS PRÉAVIS NI DÉDOMMAGEMENT.

Mettre une croix ou remplir les cases correspondant à votre cas :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Avez-vous eu connaissance de la survenue des maladies suivantes dans votre famille (parents, grands-parents, frères, sœurs, conjoint, enfants) ? Répondre pour chaque manifestation.

PATHOLOGIE	OUI	NON	Lien de parenté	PATHOLOGIE	OUI	NON	Lien de parenté
Cancer				Maladie mentale			
Diabète				Dépression			
Infarctus du myocarde				Hypertension artérielle			
Maladie rénale				Allergie			
Maladie cardiaque				Autre maladie importante			
Mort subite							

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Êtes-vous : ☐ Droitier ☐ Gaucher ☐ Ambidextre.

Avez-vous ou avez-vous eu :

	OUI	NON		OUI	NON
Asthme			Jaunisse ou hépatite		
Bronchite chronique			Récente augmentation ou perte de poids		
Syndrome apnée du sommeil			Allergie alimentaire		
-En cas d'apnée, avez-vous un appareillage ?			Intolérance alimentaire		
Tuberculose ou pleurésie			Maladie de l'estomac, ulcère		
Rhume des foins			Nausées récurrentes		
Palpitations ou "cœur qui cogne"			Hémorroïdes ou affection de l'anus		
Maladie cardiaque			Hernie ou éventration		
Douleur thoracique ou difficulté respiratoire			Émission d'urine anormalement fréquente ou douloureuse		
Tension artérielle élevée			Maladie des reins ou présence de sang dans les urines		
Évanouissement			Affection de la prostate		
Augmentation du volume des chevilles ou des pieds			Coliques néphrétiques		
Phlébite, embolie pulmonaire			Maladie vénérienne		
Varices			Infection génitales		
Convulsions, attaque, chute			Frissons, fièvre, sueurs nocturnes		
Epilepsie			Paludisme		
Engourdissement ou faiblesse			Scarlatine ou rhumatisme articulaire aigu		
Troubles nerveux de toute sorte			Réactions ou éruptions cutanées		
Maux de tête fréquents et/ou violents			Diabète ou sucre dans les urines		
Traumatisme crânien			Affection de la glande thyroïde ou goitre		
Fatigue chronique ou fréquente			Vertiges		
Anémie et autres maladies du sang			Maladies du nez, de la gorge, des oreilles		
Cancer, kyste, tumeur ou grosseur			Troubles de la vue		
Crachat ou vomissement sanguins			Troubles de l'audition		

Fréquentes indigestions ou brûlures d'estomac			Intolérance ou réaction anormale à certains médicaments		
Troubles du foie			Fréquents troubles du sommeil		
Perte d'appétit chronique			Dépression ou préoccupation excessive		
Affections de la vésicule biliaire			Articulation bloquée ou défaillante		
Rhumatisme ou arthrite			Articulation enflée ou douloureuse		
Goutte			Plaie importante		
Entorse grave ou à répétition			Brûlures importantes		
Luxation articulaire			Gelures		
Douleur vertébrale basse (lumbago)			Traumatisme vertébral		
Amputation d'un membre ou d'une partie de membre			Autre maladie, blessure ou traumatisme important		
Fracture			Pathologies féminines : Endocrinienne Kyste(s) Du col Sein		
			Grossesse		

Pour toutes les réponses OUI précisez âge de début, fréquence de l'événement, date du dernier épisode, traitements en cours :

……

……

……

……

Fumez- vous ? OUI ☐ NON ☐ Si oui à quelle fréquence : ……..

Consommez-vous des drogues ? OUI ☐ NON ☐ Si oui, lesquelles : ……..

Consommez-vous des boissons alcoolisées ? OUI ☐ NON ☐

Questionnaire FACE :

- Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

(Nombre par mois ou par semaine) : …….

- Au cours de l'année écoulée, combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
(Nombre par jour) : …….

- Au cours de votre vie, votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

OUI ☐ NON ☐

- Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

OUI ☐ NON ☐

- Au cours de votre vie, vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?
OUI ☐ NON ☐

	OUI	NON
Avez-vous eu une maladie importante ? (suivi chronique, traitement au long cours)		
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?		
Avez-vous été opéré(e) ou vous a-t-on conseillé une opération ?		
Avez-vous été traité(e) pour un problème neuropsychiatrique ?		
Avez-vous fait une tentative de suicide ?		
Vous a-t-on refusé un emploi ou avez-vous été incapable d'effectuer un travail du fait de : une sensibilité particulière aux produits chimiques, à la poussière, au soleil…		
- une incapacité à réaliser certains mouvements		
- une incapacité à maintenir une position		
- d'autres raisons médicales		
A-t-on refusé de vous assurer sur la vie pour une raison médicale ?		
Avez-vous demandé ou êtes-vous bénéficiaire d'une pension ?		
Avez-vous des troubles lors d'une exposition au froid ? (engelures / gelures / Syndrome de Raynaud)		
Avez-vous ressenti des troubles lors d'une exposition à la chaleur ? (insolation, coup de chaleur, hyperthermie maligne)		
Avez-vous été victime d'un accident ?		
Présentez-vous des troubles actuellement ?		
Utilisez-vous des médicaments ?		
Avez-vous déjà été victime de violence physique morale ou sexuelle ?		
Suivez-vous un régime alimentaire spécifique ? Avez-vous des intolérances alimentaires ?		
Portez-vous une prothèse : - visuelle (lunettes)		
- dentaire		
- auditive		
- autre		

Pour toutes les réponses OUI précisez âge de début, fréquence de l'événement, date du dernier épisode, traitements en cours :

……

……

……

……

……

F) CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE DATE de l'examen médical (obligatoire) :_____/_____/_____

(À compléter par le médecin examinateur)

NOM : _____ **Prénom : _____**

Date de naissance :_____/_____/_____ **Âge : _____**

ANTECEDENTS MEDICAUX & CHIRURGICAUX (joindre compte-rendu(s),…) :

……

……

……

……

……

ALLERGIE(S) et INTOLERANCE(S) (type de réaction, dates, compte-rendu, etc..) **:**

……

……

……

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE : ……

TRAITEMENT(S) (habituels et ponctuels, joindre ordonnances habituelles)

……

……

……

……

……

VACCINATIONS : Merci de nous **fournir** une **photocopie de votre carnet de vaccinations :**

1. Vaccination obligatoire :
   - ☐ DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) **Date du dernier rappel** : ……
1. Vaccinations recommandées, non obligatoires :
   - ☐ Antigrippale *(pour un départ de métropole de novembre à février inclus)*
   - ☐ Hépatite B
   - ☐ Covid

EXAMEN PHYSIQUE, Nom : …… Prénom : ……

Taille : …… Poids : …… IMC : …… Périmètre abdominal (si IMC>30) :……

FC (repos) :……bpm SaO2 en AA: ……%

APPAREIL LOCOMOTEUR

État musculaire : ……

État articulaire et ligamentaire : ……

Limitation d'amplitude ou de force d'un segment :……

APPAREIL RESPIRATOIRE

Signe fonctionnels (toux, dyspnée) :……

Auscultation pulmonaire : ……

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE PA (repos) Bras droit : ……/……..mmHg Bras gauche : ……/……..mmHg

Facteurs de risque cardio-vasculaire : ……

Signes fonctionnels (palpitations, dyspnée, douleur thoracique, malaise ; repos ou à l'effort) :……

Auscultation cardiaque : ……

Pouls périphériques : ……

ECG (tracé à joindre systématiquement) :……

TEST DE RUFFIER-DICKSON (réalisation obligatoire)



- FC0 = FC au repos (assis sur une chaise ou allongé)

Faire un effort : **30 flexions en 45 secondes** : sujet debout, buste droit, pieds écartés d'une vingtaine de centimètres (bras tendus ou non). Flexions régulières et complètes (jambes tendues > talons/fesses).

- FC1 = FC immédiatement après l'exercice

Remettre le sujet au repos : assis sur une chaise ou allongé.

http://medicalcul.free.fr/ruffierdickson.html

- FC2 = FC au repos, 1 minute après la fin des flexions

Test réalisé entièrement : OUI ☐ NON ☐

Si non : Nombres de flexions réalisées :…… Pourquoi ? (douleurs, trouble de l'équilibre) : ……

Si oui : inscrire les valeurs FC0 : …… FC1 : …… FC2 : ……

Indice de Ruffier :……

< 0	Très bonne
0 à 4	Bonne
5 à 9	Moyenne
10 à 14	Insuffisante
15 et plus	Mauvaise (bilan médical complémentaire nécessaire)

Adaptation à l'effort

Indice de Ruffier-Disckson :……

< 0	Excellente
0 à 1	Très bonne
2 à 3	Bonne
4 à 5	Moyenne
6 à 7	Faible
8 à 9	Très faible
10 et plus	Mauvaise

SYSTÈME NERVEUX

Réflexes : …… Équilibre :……

Sensibilité : …… Motricité :……..

Paires crâniennes :…….. ……

APPAREIL DIGESTIF ET PAROI

Signes fonctionnels (douleur, trouble du transit) :……..

Abdomen :……..

Orifices herniaires : ……..

EXAMEN CUTANÉ

Aires ganglionnaires palpées : ……..

Phototype : …… Lésions cutanées :……

Date du dernier avis dermatologique :……..

ORL

Signes fonctionnels :……

Conduits auditifs externes et tympans (droite et gauche) :……

Gorge :…… Thyroïde : ……

APPAREIL URO-GÉNITAL

Signes fonctionnels (brûlures, dysurie, lever nocturne) :……..

Palpation testiculaire :……..

Bandelette urinaire (préciser si menstruation en cours)……

TR si signe fonctionnels à > 45 ans : ……

EXAMEN GYNECOLOGIQUE : par sage-femme ou gynécologue **non obligatoire mais conseillé** (cf certificat joint)

EXAMEN DENTAIRE : **non obligatoire mais conseillé** (cf certificat joint)

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE : **non obligatoire mais conseillé** (cf certificat joint)

Alcool (nombre de verre / semaine) : …… Tabac (Paquet-Année)……

Autres toxiques :……

G) SYNTHÈSE MÉDICALE

Existe-t-il une pathologie en cours d'évolution ? (si oui, détaillez)

……

……

Existe-t-il un suivi biologique régulier ? (si oui, détaillez)

……

……

Existe-t-il parmi les antécédents des évènements pathologiques susceptibles de rechute lors de la mission ? (si oui, détaillez)

……

……

……

Je, soussigné(e) Dr……, certifie avoir pris connaissance des informations contenues dans la notice information médicale et avoir compris que mon patient ne pourra bénéficier d'aucun rapatriement sanitaire en urgence et de recours à un spécialiste durant tout le temps de sa mission.

L'examen de M./Mme. ……. permet de conclure qu'il/elle semble :

APTE **INAPTE**

Coordonnées du médecin examinateur **Signature**

Nom, prénom :……

Téléphone :……

DECISION FINALE DU MEDECIN DU SERVICE MEDICAL TAAF-IPEV AVEC EXAMEN DU DOSSIER MEDICAL

(Validité 1 an pour un même type de mission – seule la validation du médecin du service TAAF-IPEV fait foi)

APTE **INAPTE**

2) EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Analyse de sang et d'urine, ECG, épreuve d'effort, radio thoracique si nécessaire, vaccin contre la fièvre jaune

Pour les personnes vues en centre médical d'aptitude (CMETE ou CMI), ces examens seront réalisés sur place

NOTES : La durée de validité indiquée pour chaque examen est une durée maximale. Le médecin examinateur et/ou le service médical TAAF-IPEC pourra compléter ou renouveler ces examens si besoin, notamment en cas de nouveau symptômes.

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS
PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : *0033 972 193 446*

Date :

Ordonnance médicale

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Indication : Bilan biologique avant un départ en mission avec les TAAF et/ou l'IPEV

BIOLOGIE A JEUN :

- NFS-Plaquettes
- Détermination de groupe sanguin avec rhésus < 6 mois.
- 2ème Détermination de groupe sanguin avec rhésus (si pas d'antériorité à savoir pas de carte de groupe ou d'ancienne détermination de groupe – nous fournir le document)
- Créatinine, Urée
- Glycémie à jeun
- ASAT, ALAT, Gamma GT, Phosphatases alcalines, bilirubinémie
- CDT (carbohydrate deficient transferrin)

- Béta HCG (si femme non ménopausée)

- Bandelette urinaire (Rechercher protéinurie, hématurie, leucocytes et nitrites. Si anomalie, compléter par un ECBU). A réaliser en dehors des menstruations.

Docteur Paul LAFORET
N°RPPS : 101100031136
N°FINESS 971999990

TERRES AUSTRALES ET ANTARCTIQUES FRANÇAISES
Le Médecin
- LA REUNION -

POUR LA FACTURATION :
Examens non pris en charge par les TAAF ou l'IPEV
-> Vous ne relevez ni des TAAF, ni de l'IPEV :
***Vous êtes employé par le CNRS, l'Université, autres …Merci de vous rapprocher de votre employeur.**
***Vous êtes accompagnant, invité, vous devez présenter votre carte vitale et vous faire rembourser par votre mutuelle en cas de dépassement.**

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : ***0033 972 193 446***

Date :

Ordonnance médicale

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Indication : Bilan cardiologique obligatoire avant un départ en mission avec les TAAF et/ou l'IPEV

ELECTROCARDIOGRAMME (12 dérivations, au repos)

Merci de nous transmettre le tracé.

-> Toute anomalie à l'ECG devra être explorée avant un départ en mission.

Validité : à renouveler tous les ans

Docteur Paul LAFORET
N°RPPS : 101100031136
N°FINESS 971999990

TERRES AUSTRALES ET ANTARCTIQUES FRANÇAISES
Le Médecin
- LA REUNION -

POUR LA FACTURATION :
Examens non pris en charge par les TAAF ou l'IPEV
-> Vous ne relevez ni des TAAF, ni de l'IPEV :
***Vous êtes employé par le CNRS, l'Université, autres …Merci de vous rapprocher de votre employeur.**
***Vous êtes accompagnant, invité, vous devez présenter votre carte vitale et vous faire rembourser par votre mutuelle en cas de dépassement.**

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : *0033 972 193 446*

Date :

Ordonnance médicale

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Indication : Bilan cardiologique avant un départ en mission avec les TAAF et/ou l'IPEV pour les personnes âgées de plus de 50 ans ou ayant un haut risque cardio-vasculaire (score Framingham ou SCORE) évaluer par le médecin examinateur.

EPREUVE D'EFFORT

Objectifs :

Vérifier la bonne adaptation cardio-vasculaire à l'effort

Démasquer une cardiopathie sous-jacente (ischémique, arythmogène)

-> Toute cardiopathie ou suspicion démasquée devra être explorée avant un départ en mission.

Validité : à renouveler tous les 5 ans

Docteur Paul LAFORET
N°RPPS : 101100031136
N°FINESS 971999990

TERRES AUSTRALES ET ANTARCTIQUES FRANÇAISES
Le Médecin
- LA REUNION -

POUR LA FACTURATION :
Examens non pris en charge par les TAAF ou l'IPEV
-> Vous ne relevez ni des TAAF, ni de l'IPEV :
***Vous êtes employé par le CNRS, l'Université, autres …Merci de vous rapprocher de votre employeur.**
***Vous êtes accompagnant, invité, vous devez présenter votre carte vitale et vous faire rembourser par votre mutuelle en cas de dépassement.**

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS
PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : *0033 972 193 446*

Date :

Ordonnance médicale

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Indication : Bilan obligatoire avant un départ en mission avec les TAAF et/ou l'IPEV

RADIOGRAPHIE THORACIQUE (debout, de face)

Objectif : Rechercher une pathologie pleuropulmonaire et/ou médiastinale.

Merci de nous fournier le compte rendu du radiologue et le cliché de la radiographie thoracique.

-> Toute anomalie ou doute sur une pathologie devra être explorée (scanner) avant un départ en mission.

Validité : à renouveler tous les 5 ans

Docteur Paul LAFORET
N°RPPS : 101100031136
N°FINESS 971999990

TERRES AUSTRALES ET ANTARCTIQUES FRANÇAISES
Le Médecin
- LA REUNION -

POUR LA FACTURATION :
Examens non pris en charge par les TAAF ou l'IPEV
-> Vous ne relevez ni des TAAF, ni de l'IPEV :
***Vous êtes employé par le CNRS, l'Université, autres …Merci de vous rapprocher de votre employeur.**
***Vous êtes accompagnant, invité, vous devez présenter votre carte vitale et vous faire rembourser par votre mutuelle en cas de dépassement.**

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : *0033 972 193 446*

Date :

VACCINATION ANTIAMARILE

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Indication : Obligatoire pour les observateurs de pêche au moins 10 jours avant un départ en mission.

VACCINATION contre la FIEVRE JAUNE

La vaccination contre la fièvre jaune ne peut être effectuée que dans un centre de vaccination antiamarile agréé par les autorités sanitaires.

La prescription, la délivrance du vaccin et la vaccination s'effectuent sur place. Vous devez donc prendre rendez-vous auprès du centre agréé de votre choix.

Validité : 10 ans (Si la vaccination date de plus de 10 ans, la nécessité d'un rappel est à évaluer auprès du centre de vaccination).

Je vous remercie de nous faire parvenir votre certificat de vaccination contre la fièvre jaune.

Docteur Paul LAFORET
N°RPPS : 101100031136
N°FINESS 971999990



POUR LA FACTURATION :
Examens non pris en charge par les TAAF ou l'IPEV
-> Vous ne relevez ni des TAAF, ni de l'IPEV :
***Vous êtes employé par le CNRS, l'Université, autres …Merci de vous rapprocher de votre employeur.**
***Vous êtes accompagnant, invité, vous devez présenter votre carte vitale et vous faire rembourser par votre mutuelle en cas de dépassement.**

3) CERTIFICATS COMPLÉMENTAIRES

DENTAIRE, GYNECOLOGIE/SAGE FEMME, OPHTALMOLOGIE

<u>Non obligatoires mais conseillés</u>

Ces examens ne sont pas pris en charge par votre employeur.

NOTES : La durée de validité indiquée pour chaque certificat est une durée maximale. Le médecin examinateur et/ou le service médical TAAF-IPEV pourra compléter ou renouveler ces examens si besoin, notamment en cas de nouveau symptôme.

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS
PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : *0033 972 193 446*

INFORMATIONS POUR LE/LA CHIRURGIEN(NE) DENTISTE OU STOMATOLOGUE

Votre patient(e) doit prochainement se rendre en région polaire ou subpolaire, pour participer à une mission organisée par les Terres Australes et Antarctiques Françaises (TAAF) ou l'Institut Polaire Français Paul-Émile Victor (IPEV).

Pendant son séjour en milieu extrêmement isolé et sans rapatriement possible (et ce, pour une durée allant de quelques semaines à plusieurs mois), il/elle ne pourra pas bénéficier de soins dentaires. Des médecins d'expédition sont certes en permanence sur le terrain, mais ne pourront effectuer que des soins d'urgence compte tenu d'un matériel et d'une formation limités, notamment dans le domaine spécifique des soins dentaires.

Nous vous sollicitons donc ce jour pour la réalisation d'un examen dentaire complet et particulièrement attentif avant le départ de cette personne en expédition.

L'objectif est de veiller à ce que votre patient puisse partir avec une **denture ne nécessitant pas de soins lors de la mission.** Il est nécessaire que :

- **toute carie ou autre pathologie buccale significative soit traitée**
- **de réaliser une évaluation et de poser une indication à une avulsion si risque (peri-coronarite, infectieux...)**
  - ***dents de sagesses**
  - ***dents incluses ou mal positionnées**
- **ne pas avoir de prothèses/pansements/soins provisoires**

À la fin de cet examen ou des traitements réalisés, merci de bien vouloir signer le certificat ci-dessous, que le/la patient(e) nous remettra, ainsi que son panoramique dentaire.

Les frais liés à cette consultation ne sont pas pris en charge par l'employeur et seront à la charge du/ de la patient(e).

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous remercie pour votre coopération.

Docteur Paul LAFORET
N°RPPS : 101100031136
N°FINESS 971999990

TERRES AUSTRALES ET ANTARCTIQUES FRANÇAISES
Le Médecin
- LA REUNION -

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : *0033 972 193 446*

Date de l'examen : ……/……/……

CERTIFICAT DENTAIRE

Je soussigné(e) :……

Certifie avoir examiné Mme/M……

Merci de cocher les cases correspondantes :

☐ Le/La patient(e) ne présente pas de lésions infectieuses susceptibles d'évoluer (clinique ou radiologique)

☐ Le/La patient(e) présente des lésions dentaires ou stomatologiques

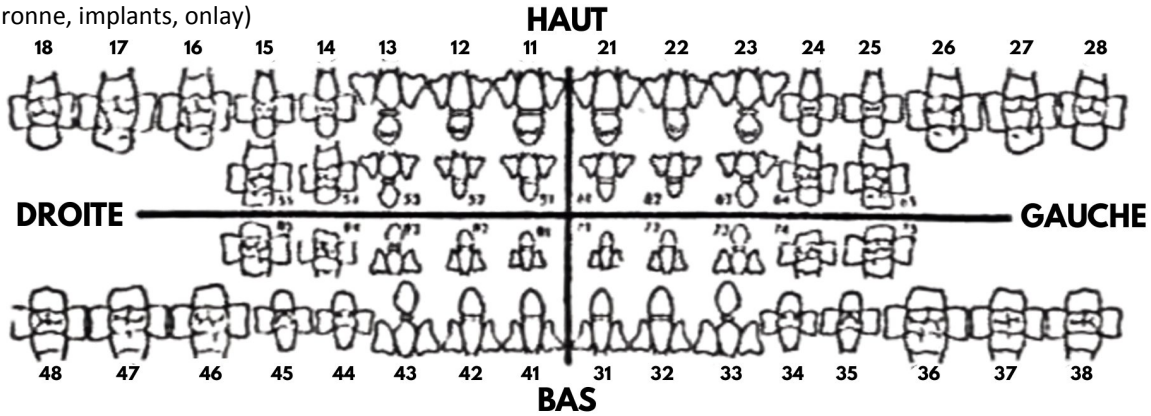
Détails des lésions et des soins :……

☐ Tous les soins ont été réalisés ou ☐ Il reste des soins à réaliser (date prévue ……)

Présence de dents incluses OUI ☐ NON ☐ Évaluer les antécédents infectieux, trismus, douleur

Indication à une avulsion OUI ☐ NON ☐ Si oui date prévue :……

Merci d'évaluer sur ce schémas les antécédents de soins du patient (présence de dent dévitalisée, d'amalgame, couronne, implants, onlay)



Compte rendu du panoramique dentaire :

……

……

J'atteste avoir compris que le/la patient(e) ne pourra pas recevoir de soins dentaires spécialisés pendant plusieurs semaines à plusieurs mois sans rapatriement possible.

Coordonnées du/de la praticien(ne) :

Téléphone :

Adresse :

Nom, Prénom

Signature

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS
PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : ***0033 972 193 446***

INFORMATIONS POUR LE/LA GYNÉCOLOGUE OU SAGE FEMME

Votre patient doit prochainement se rendre en région polaire ou subpolaire, pour participer à une mission organisée par les Terres Australes et Antarctiques Françaises (TAAF) ou l'Institut Polaire Français Paul-Émile Victor (IPEV).
Pendant son séjour en milieu extrêmement isolé et sans rapatriement possible (et ce pour une durée allant de quelques semaines à plus d'une année), elle ne pourra pas bénéficier de soins gynéco-obstétriques.

Des médecins d'expédition sont en permanence sur le terrain, mais ils n'ont pas de formation spécifique ni de matériel gynécologique autres que ceux disponibles en médecine générale.

Nous vous sollicitons donc ce jour pour la réalisation d'un examen gynécologique complet et particulièrement attentif avant le départ de cette personne en expédition.

Ce dernier doit comprendre, au minimum :

- un **examen gynécologique et sénologique**
- des **examens complémentaires** (respect des recommandations actuelles)

- un **frottis cervico-vaginal** de moins de 3 ans pour les femmes âgées de 25 à 29 ans, et de moins de 5 ans pour les femmes de 30 à 65 ans.
- une **imagerie** (mammographie ou échographie) de moins de 2 ans, pour les femmes âgées de plus de 50 ans ou avant si signe clinique et/ou terrain à risque.

Il est nécessaire que toute pathologie significative soit traitée avant le départ en mission.

Une **grossesse étant incompatible avec la mission,** il est primordial de faire le point avec la patiente et d'instaurer une contraception si nécessaire (la patiente devant partir avec l'ensemble de son traitement contraceptif pour la durée de sa mission).

À la fin de cet examen ou des traitements réalisés, merci de bien vouloir signer le certificat ci-dessous, que le patient nous remettra.

Les frais liés à cette consultation ne sont pas pris en charge par l'employeur et seront à la charge du/ de la patient(e).

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Cordialement

Docteur Paul LAFORET
N°RPPS : 101100031136
N°FINESS 971999990

TERRES AUSTRALES ET ANTARCTIQUES FRANÇAISES
Le Médecin
- LA REUNION -

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : ***0033 972 193 446***

Date de l'examen : ……/……/……

CERTIFICAT GYNÉCOLOGIQUE

Je soussigné(e) :……

Certifie avoir examiné Mme……

Merci de cocher les cases correspondantes :

☐ La patiente ne présente aucune pathologie et.ou grossesse évolutive contre indiquant son départ.

☐ La question de la contraception a été abordée avec la patiente.

☐ Imagerie (mammographie ou échographie) et frottis cervico-utérin à jour

☐ **Je considère ainsi que sa situation est compatible avec un séjour en milieu isolé où des soins gynéco-obstétriques spécialisés ne peuvent être dispensés.**

Commentaire éventuels :

……

……

……

Coordonnées du/de la praticien(ne) :

Téléphone :

Adresse :

Nom, Prénom

Signature

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS
PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : *0033 972 193 446*

INFORMATIONS POUR L'OPHTALMOLOGUE

Votre patient(e) doit prochainement se rendre en région polaire ou subpolaire, pour participer à une mission organisée par les Terres Australes et Antarctiques Françaises (TAAF) ou l'Institut Polaire Français Paul-Émile Victor (IPEV).

Pendant son séjour en milieu extrêmement isolé et sans rapatriement possible (et ce pour une durée allant de quelques semaines à plus d'une année), il/elle ne pourra pas bénéficier de soins ni d'un examen ophtalmologique spécialisé.

Des médecins d'expédition sont en permanence sur le terrain, mais n'ont pas de formation spécifique ni de matériel ophtalmologique autres que ceux disponibles en médecine générale.

Nous vous sollicitons donc ce jour pour la réalisation d'un examen ophtalmologique complet et particulièrement attentif avant le départ de cette personne en expédition.

Il est nécessaire que toute pathologie significative soit traitée avant le départ en mission.

En cas de traitement spécifique, celui-ci devra être emporté en quantité suffisante pour dépasser largement la durée de la mission. Les porteurs de lunette devront veiller à emporter au moins une paire de rechange.

À la fin de cet examen ou des traitements réalisés, merci de bien vouloir signer le certificat ci-dessous, que le/la patient(e) nous remettra.

Les frais liés à cette consultation ne sont pas pris en charge par l'employeur et seront à la charge du/ de la patient(e).

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Cordialement,

Docteur Paul LAFORET
N°RPPS : 101100031136
N°FINESS 971999990

TERRES AUSTRALES ET ANTARCTIQUES FRANÇAISES
Le Médecin
- LA REUNION -

PRÉFET
ADMINISTRATEUR SUPÉRIEUR
DES TERRES AUSTRALES
ET ANTARCTIQUES
FRANÇAISES
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTITUT POLAIRE FRANÇAIS PAUL-ÉMILE VICTOR

SERVICE MEDICAL TAAF & IPEV
@ aptitude-medicale@taaf.fr
Fax : ***0033 972 193 446***

Date de l'examen : ……/……/……

CERTIFICAT OPHTALMOLOGIQUE

(Obligatoire à la première mission puis valable 5 ans sauf antécédent médical ou chirurgical ophtalmologique)

Je soussigné(e) :……

Certifie avoir examiné Mme/M……

Examen ophtalmologique :

Acuité visuelle de près	OD :	OG :
Acuité visuelle de loin	OD :	OG :
Lampe à fente	OD :	OG :
Fond d'œil	OD :	OG :
Tonus oculaire (préciser la valeur en mmHg)	OD :	OG :

Merci de cocher les cases correspondantes :

☐ Le patient ne présente pas de lésion ophtalmologique susceptible d'évoluer au cours de sa mission.

☐ **Je considère ainsi que sa situation est compatible avec un séjour en milieu isolé où des soins ophtalmologiques spécialisés ne peuvent être dispensés.**

Commentaire éventuels :

……

……

……

Coordonnées du/de la praticien(ne) :

Téléphone :

Adresse :

Nom, Prénom

Signature