

**APTITUDE À SÉJOURNER DANS LES  
TERRES AUSTRALES ET ANTARCTIQUES  
FRANÇAISES (T.A.A.F.)  
ET DANS LES MISSIONS DE L'INSTITUT POLAIRE  
FRANÇAIS (I.P.E.V.)**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ SEXE : M [ ] F [ ]

SÉJOUR ANTÉRIEUR DANS LE CADRE DES T.A.A.F. OU DE L'I.P.E.V. ? OUI [ ] NON [ ]

Si OUI, préciser : \_\_\_\_\_

Poste de travail envisagé ou spécialité professionnelle : \_\_\_\_\_

Employeur pour la mission : T.A.A.F. [ ] I.P.E.V. [ ] Autre [ ] précisez : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin traitant :



Document **CONFIDENTIEL MÉDICAL** à transmettre par les soins du Service Médical examinateur au :

**SERVICE MÉDICAL T.A.A.F.**  
**34 boulevard de Sébastopol**  
**75004 PARIS**

☎ 01 56 91 50 33  
fax 01 56 91 50 35

# TRÈS IMPORTANT

## INFORMATION MÉDICALE CONCERNANT LES SÉJOURS DANS LE CADRE DES T.A.A.F. ET DE L'I.P.E.V.

Vous allez prochainement effectuer un séjour en région sub-polaire ou polaire. Veuillez lire attentivement les informations qui vont suivre afin de prendre connaissance du contexte médical de ces expéditions.

Ce type de séjour implique une réflexion particulière sur le plan de la santé et de la médecine. En effet :

- le climat et certains travaux entraînent des risques spécifiques (haute altitude et froid intense à Concordia),
- l'isolement géographique interdit pratiquement toute évacuation sanitaire (il existe seulement des liaisons maritimes, pas de possibilité de liaison aérienne, les bases antarctiques sont totalement isolées pendant 8 à 9 mois). Quand elles sont réalisables, les évacuations sanitaires sont réservées aux cas mettant en jeu le pronostic vital des malades ou accidentés.
- l'isolement médical limite les possibilités de soins dans les hôpitaux-infirmiers des stations dans la mesure où, malgré des moyens médicaux importants, un médecin seul, isolé et sans soutien paramédical ne peut fournir une couverture médicale équivalente à celle qui pourrait exister en métropole (polyvalence limitée),
- la survenue chez un membre d'expédition d'une pathologie motivant une longue indisponibilité ou un rapatriement peut avoir des conséquences majeures sur le bon déroulement de la mission.

Il en résulte :

- une majoration du risque global dont il faut être conscient et dont il faut tenir compte dans son comportement sur le terrain (respect des règles de sécurité...),
- la nécessité de se soumettre avec une grande honnêteté à un contrôle médico-psychologique complet. En particulier, il est capital de faire connaître aux examinateurs tous les troubles passés ou présents.

Bien entendu, notre objectif n'est ni de vous empêcher de participer à la mission prévue ni de vous inquiéter, mais de faire en sorte qu'elle n'implique pas une prise de risque trop importante pour vous ou pour le groupe et que vous puissiez prendre votre décision de participation à cette mission de façon éclairée.

Vous devez y réfléchir... Nous restons à votre disposition pour vous donner tout complément d'information que vous jugerez nécessaire.

**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 à laquelle je dois participer à compter**

**de : ----- (date de départ prévue)**

**J'ai reçu une information satisfaisante concernant la sécurité médicale au cours de ce séjour. J'ai pu poser les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été apportées.**

**J'accepte que des examens sanguins comportant des tests de dépistage du Sida et/ou d'autres maladies infectieuses soient réalisés.**

**Le :**

**Signature (précédée de la mention "lu et approuvé").**

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(à compléter par le candidat au séjour)

**LA DISSIMULATION VOLONTAIRE D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX SUSCEPTIBLES D'ENTRAÎNER L'INAPTITUDE AU SÉJOUR DANS LES T.A.A.F. ET LES MISSIONS DE L'I.P.E.V. EST CONSIDÉRÉE COMME FAUTE GRAVE IMPLIQUANT LA RÉSILIATION DU CONTRAT ET LE RAPATRIEMENT ANTICIPÉ DE L'AGENT CONCERNÉ, DE PLEIN DROIT, 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 nerveuse			
maladie de l'estomac				convulsions			
maladie rénale				hypertension artérielle			
maladie cardiaque				allergie			
tuberculose				autre maladie importante			

### ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Avez-vous ou avez-vous eu (répondre pour chaque possibilité) :

	OUI	NON		OUI	NON
asthme			évanouissement		
toux ou rhume chronique			fatigue chronique ou fréquente		
tuberculose ou pleurésie			maladie des pieds		
anémie et autres maladies du sang			émission d'urine anormalement fréquente ou douloureuse		
cancer, kyste, tumeur ou grosseur			fréquents troubles du sommeil		
crachat ou vomissement sanguins			fréquentes indigestions ou brûlures d'estomac		
frissons, fièvre, sueurs nocturnes			affections de la vésicule biliaire		
convulsions, attaque, chute			affection de la glande thyroïde ou goitre		
nausées			rhume des foies		
douleur thoracique ou difficulté respiratoire			maux de tête fréquents et/ou violents		
dépression ou préoccupation excessive			maladie cardiaque		
diabète ou sucre dans les urines			tension artérielle élevée		
vertiges			hernie ou éventration		
maladies du nez, de la gorge, des oreilles			hémorroïdes ou affection de l'anus		
épilepsie			jaunisse ou hépatite		
troubles de la vue			maladie des reins ou présence de sang dans les urines		
varices			affection de la prostate		
troubles du foie			intolérance ou réaction anormale à certains médicaments		
perte d'appétit chronique			récente augmentation ou perte de poids		
articulation bloquée ou défaillante			rhumatisme ou arthrite		
paludisme			scarlatine ou rhumatisme articulaire aigu		
troubles nerveux de toute sorte			réactions ou éruptions cutanées		
engourdissement ou faiblesse			maladie de l'estomac, ulcère		
palpitations ou "cœur qui cogne"					
articulation enflée ou douloureuse					
maladie vénérienne					

	OUI	NON		OUI	NON
goutte			augmentation du volume des chevilles ou des pieds		
coliques néphrétiques					
troubles de l'audition			brûlures importantes		
fracture			gelures		
luxation articulaire			amputation d'un membre ou d'une partie de membre		
plaie importante					
entorse grave ou à répétition			autre maladie, blessure ou traumatisme important		
traumatisme vertébral					
douleur vertébrale basse (lumbago)			traumatisme crânien		

Répondez par OUI ou par NON aux questions suivantes :

	OUI	NON	Si OUI, précisez
Avez-vous eu une maladie importante dans les cinq dernières années ?			
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 neuro-psychiatrique ?			
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 ressenti des troubles lors d'une exposition au froid ?			
Avez-vous effectué votre Service National ?			
Présentez-vous des troubles actuellement ?			
Utilisez-vous des médicaments ?			
Suivez-vous un régime alimentaire ?			
Fumez-vous ?			
Consommez-vous des boissons alcoolisées ?			
Portez-vous une prothèse :			
- visuelle (lunettes)			
- dentaire			
- auditive			
- autre			

Êtes-vous :      droitier(e) [ ]      gaucher(e) [ ]      ambidextre [ ]

## VACCINATIONS :

Merci de nous fournir une photocopie de vos certificats de vaccinations (ou carnet de santé).

Rappel des obligations de vaccinations :

- ✿ Volontaires du Service Civique (V.S.C.) : les **vaccinations indispensables** sont : diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B.
- ✿ Civils fonctionnaires ou contractuels : diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B conseillées.
- ✿ Militaires de carrière (voir instructions du Service de Santé des Armées).

La vaccination antigrippale est conseillée pour les personnels dont le départ sur le terrain s'effectue en novembre, en décembre et en janvier.

---

## QUESTION DESTINÉE AUX FEMMES

- Avez-vous été traitée pour une pathologie spécifiquement féminine : OUI [ ] NON [ ]  
Si OUI, précisez :

**Si vous avez des examens récents (frottis, mammographie ...) pensez à les apporter au médecin examinateur.**

---

## TRANSFUSION SANGUINE

- si vous possédez une carte de groupe sanguin veuillez en remettre une copie au médecin examinateur pour la joindre au dossier.

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

- de donner votre sang      OUI [ ]      NON [ ]  
- de recevoir du sang      OUI [ ]      NON [ ]

---

**JE CERTIFIE EXACTES ET COMPLÈTES LES INFORMATIONS QUE J'AI FOURNIES CI-DESSUS.**

DATE :

SIGNATURE :

**CERTIFICAT D'APTITUDE AU SÉJOUR DANS LE  
CADRE DES T.A.A.F. OU DE L'I.P.E.V.**

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE L'EXAMEN :

**OBSERVATIONS DU MÉDECIN EXAMINATEUR AU VU DU QUESTIONNAIRE MÉDICAL REMPLI PAR LE SUJET :**

**EXAMEN CLINIQUE :**

taille : ..... poids : ..... BMI : .....

morphologie générale : .....

**APPAREIL LOCOMOTEUR**

- état musculaire : .....

- état articulaire : .....

**APPAREIL RESPIRATOIRE**

- clinique : .....

- radio (validité 5 ans sauf si signes d'appel récents) : .....

**APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE**

- TA : ..... pouls au repos : ..... pouls périphériques : .....

- varices : ..... ECG : .....

Épreuve d'effort si > 50 ans et accord cardiologue (validité 5 ans) : .....

- auscultation cardiaque : .....

**SYSTÈME NERVEUX**

- réflexes : ..... équilibre : ..... tremblement : .....

- sensibilité : .....

**APPAREIL DIGESTIF ET PAROIS**

.....  
.....

**APPAREIL GÉNITO-URINAIRE**

-toucher pelvien (obligatoire si > 45 ans) : .....

**APPAREIL ENDOCRINIEN ET LYMPHATIQUE**

.....  
.....

**SYSTÈME NEUROVÉGÉTATIF**

.....  
.....

**EXAMEN BIOLOGIQUE**

URINES

Recherche : - protéines : .....

- glucose : .....

- sang : .....

SANG

- glycémie : .....
- uricémie : .....
- créatininémie : .....
- cholestérolémie (HDL) : .....
- triglycérides : .....
- bilan simplifié de l'hémostase : .....
- .....
- sérologie de la syphilis : .....
- Gamma Glutamyl Transférase : .....
- groupe sanguin : ..... - rhésus : .....
- phénotype : ..... - Kell : .....
- sérologie des hépatites : B : .....
- C : .....
- sérologie HIV : .....
- VS ou CRP: .....
- GR : .....
- Hbg : .....
- Hte : .....
- VGM : .....
- GB : .....
- formule :  
  - granulocytes Neutro : .....
  - Éosino : .....
  - Baso : .....
  - lymphocytes : .....
  - monocytes : .....
  - plaquettes : .....
  - SGOT : .....
  - SGPT : .....
  - PSA (si >45 ans) : .....

EXAMENS SPÉCIALISÉS (sauf candidats campagne d'été)

O.R.L. (examen clinique par le médecin examinateur) : .....

OPHTALMOLOGIE (FO et AV par spécialiste) : .....

STOMATOLOGIE :

- dépistage des caries : .....
- orthopantomogramme (cliché à joindre au dossier) : .....

PARASITOLOGIE (personnel recruté à La Réunion et cuisinier uniquement) : .....

DÉPISTAGE DES BUVEURS EXCESSIFS (évaluation prenant en compte l'examen clinique et les indicateurs biologiques) :

conclusion : certitude excès [ ]  
 probabilité [ ]  
 suspicion [ ]  
 sobriété [ ]

**PERSONNEL FÉMININ**

GYNÉCOLOGIE :

- examen clinique : .....
- frottis : ..... - mammographie (si plus de 40 ans) : .....
- contraception : .....
- grossesses : .....

**PRESCRIPTION COMPLÉMENTAIRE ÉVENTUELLE :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONCLUSION DU MÉDECIN EXAMINATEUR

AVIS DU MÉDECIN CHEF DES T.A.A.F.

S	I	G	Y	C	O	P	(1)

formulée : APTE      INAPTE

tampon et signature du médecin examinateur

(1) Profil médical T.A.A.F.-I.P.E.V.

S	I	G	Y	C	O	P
2	2	2	4	3	2	1