

CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE À LA PROFESSION DE MARIN

L'attention est attirée sur l'importance de la constatation médicale des conditions d'aptitude physique, qui détermine souvent une orientation de carrière.

Tout candidat à l'inscription dans un établissement de formation maritime doit avoir effectué avec succès une visite médicale préliminaire. Un certificat médical délivré par le médecin des Services de Santé des Gens de Mer sera remis au candidat pour être joint à son dossier d'inscription.

La visite médicale préliminaire doit être effectuée devant un Médecin des Service de Santé des Gens de Mer attaché à un quartier des Affaires Maritimes. (Voir la liste ci-jointe).

Pour les candidats habitants la région Loire-Atlantique :

Avant de prendre rendez-vous auprès du SSGM (Service de Santé des Gens de Mer) vous devez :

1> Remplir le formulaire « Demande de numéro marin provisoire» puis la retourner par mail (comme indiquer sur le formulaire) à : ddtm-dml-pegm@loire-atlantique.gouv.fr afin d'obtenir un n° provisoire.

2> Renseigner le document « Fiche de première inscription » et téléphoner pour prendre rendez-vous avec le SSGM – Nantes 02 40 44 81 39 ou St Nazaire : 02 40 22 95 24, muni de :

↳ Votre n° provisoire d'identification.

↳ Le carnet de vaccination à jour du DT POLIO. Le carnet de santé du candidat peut être une pièce recevable.

↳ Un compte-rendu ophtalmologique, si port de lunette ou de lentilles qui précise l'acuité visuelle avec et sans correction ainsi que la puissance des verres.

↳ L'autorisation d'information internet.



DIRECTION DEPARTEMENTALE DES TERRITOIRES ET DE LA MER DE LOIRE-ATLANTIQUE
Délégation Mer et Littoral
Pôle Plaisance ENIM Gens de Mer

DEMANDE DE NUMERO DE MARIN PROVISOIRE
FICHE DE PRE-IDENTIFICATION

Madame Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Sexe : F M

N° sécurité sociale :

Téléphone :

Nationalité :

Téléphone
portable :

Courriel :

Né(e) le :

à (ville) :

Pays de naissance :

Adresse :

A retourner complété **avec une copie d'une pièce d'identité en cours de validité** de
préférence par mail à :

ddtm-dml-pegm@loire-atlantique.gouv.fr

ou par courrier :

Délégation Mer et Littoral 44
Pôle PEGM
9 boulevard de Verdun
CS40424
44616 SAINT NAZAIRE CEDEX

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 des affaires maritimes
grande arche – paroi sud
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 :

Madame, Monsieur,

La consommation de substances psychoactives (dont les drogues) est incompatible avec les postes de sécurité.

Aussi, un dépistage de drogues dans les urines peut être réalisé lors de votre visite médicale.

Vous avez la possibilité de refuser ce dépistage.

Ce refus peut être incompatible avec une décision d'aptitude à la navigation. (art. 14 de l'arrêté du 16 avril 1986 modifié le 30 janvier 2015)

En cas de positivité du test de dépistage, les modalités de contestation de ce résultat vous seront communiquées.

**L'équipe du Service de Santé des Gens de Mer
de Nantes – Saint-Nazaire**

Service de Santé des Gens de Mer - FICHE de PREMIERE INSCRIPTION

Antécédents - si oui, expliquer => ...

(entourer la
bonne réponse)

- Êtes vous allergique :**
- Aux poils, plumes, pollens, poussiers, acariens (Asthme ou Rhinite) oui non
 - A la PENICILLINE, l'ASPIRINE, à l'Iode ou à un autre médicament oui non
 - A des produits chimiques oui non

Êtes vous soigné ou avez vous été soigné pour :

- Maladies ORL et pulmonaires :**
- Sinusite, otite, perforation des tympan oui non
 - Tuberculose ou primo infection oui non
 - Bronchite, pleurésie, asthme oui non

- Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang :**
- Hypertension artérielle oui non
 - Atteinte du cœur (angine poitrine, infarctus, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, maladie des valves du cœur, péricardite ou autre ...) oui non
 - Des artères (artérite, pontage, stent...) les veines (phlébites, varices...) oui non
 - Anémie ou autre maladie du sang, atteinte des ganglions oui non

- Maladies de l'appareil digestif :**
- Reflux oesophagien, œsophagite, gastrite, ulcère à l'estomac oui non
 - Maladie du foie et de la vésicule (Hépatite, jaunisse, Cirrhose, calculs) oui non
 - Maladies de l'intestin (Colite, Diverticules...) oui non
 - Hernies (inguinales ou autres, éventration) oui non

- Maladies métaboliques :**
- Un diabète (y compris sucre dans les urines) oui non
 - Trop de cholestérol, triglycérides, acide urique oui non
 - Un excès de poids, une obésité oui non
 - Une maladie de la glande thyroïde ou autre oui non

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions (recto/verso)

Date : _____ Signature : _____
 adresse mail : _____ @ _____

- Atteinte des os, de la colonne vertébrale et des articulations.:**
- Fractures, luxations, en avez vous des séquelles oui non
 - Scolioses, séquelles d'accident ou de traumatisme oui non
 - Hernie discale (opérée ou non) oui non
 - Douleurs articulaires, Lombalgies, Sciatalgies oui non

- Maladies urinaires et rénales :**
- Albuminurie, sang ou sucre dans les urines oui non
 - Calculs urinaires, coliques néphrétiques oui non
 - Maladie des reins, insuffisance rénale oui non
 - Maladie des organes génitaux, accouchements difficiles oui non

- Maladies neurologiques et psychiques :**
- Epilepsie, convulsions, méningite oui non
 - Malaises, pertes de connaissance, traumatismes crâniens, paralysies oui non
 - Un traitement pour le sommeil, la nervosité, l'anxiété, la dépression oui non
 - Avez vous été suivi ou traité pour addiction (drogue, alcool...) oui non
 - Avez-vous déjà consulté un psychologue ou un psychiatre oui non

Autre maladie non citée plus haut :
 si oui, laquelle : _____ oui non

- Dans votre famille, (Père, Mère, Gd-père, Gd-mère, Frères, Soeurs...)**
Y a-t-il eu des cas de :
- Mort subite, Infarctus jeune (à quel âge ?) oui non nsp
 - Hypertension artérielle oui non nsp
 - Accident vasculaire cérébral oui non nsp
 - Diabète oui non nsp
 - Cancer (de quoi ?) oui non nsp
 - Dépression nerveuse, anxiété, traitement psychiatrique, suicide oui non nsp
- (nsp = ne sait pas)

Si le candidat est mineur, qui est le responsable légal ?
 Qualité (père, mère ou autre) : _____ Nom : _____ Prénom : _____