Медицинска информация за водолази | Въпросник за участниците

Любителското водолазно гмуркане и фрийдайвингът изискват добро физическо и психическо здраве. Съществуват няколко медицински състояния, които могат да бъдат опасни по време на гмуркане, изброени по-долу. Тези, които имат или са предразположени към някое от тези състояния, трябва да бъдат прегледани от лекар. Този въпросник за медицинското състояние на участника в гмуркането е основа, за да се определи дали трябва да потърсите такава оценка. Ако имате някакви опасения относно годността си за гмуркане, които не са представени в този формуляр, консултирайте се с Вашия лекар преди гмуркането. Ако се чувствате зле, избягвайте гмуркането. Ако смятате, че може да имате заразно заболяване, предпазете себе си и другите, като не участвате в обучението и/или дейностите по гмуркане. Препратките към "гмуркане" в този формуляр обхващат както любителското гмуркане, така и фрийдайвинга. Този формуляр е предназначен основно за първоначален медицински преглед на нови водолази, но е подходящ и за водолази, които продължават обучението си. За вашата безопасност и тази на другите, които могат да се гмуркат с Вас, отговорете честно на всички въпроси.

Указания

Попълнете този въпросник като предварително условие за курс по любителско водолазно гмуркане или фрийдайвинг. Забележка за жените: Ако сте бременна или се опитвате да забременеете, не се гмуркайте.

1	Имал съм проблеми с белите дробове, дишането, сърцето и/или кръвта, които засягат нормалната ми физическа или умствена работоспособност.	☐ Да Отидете на поле A	☐ Не
2	Аз съм на възраст над 45 години.	☐ Да Отидете на поле B	☐ Не
3	Трудно ми е да извършвам умерени физически упражнения (например да измина 1,6 км/една миля за 14 минути или да преплувам 200 метра/ярд без почивка) ИЛИ не съм бил в състояние да участвам в нормална физическа дейност поради физическа форма или здравословни причини през последните 12 месеца.	☐ Да *	☐ Не
4	Имал съм проблеми с очите, ушите или носните пътища/синусите.	☐ Да Отидете на поле C	☐ Не
5	През последните 12 месеца съм претърпял операция ИЛИ имам продължаващи проблеми, свързани с минала операция.	☐ Да *	☐ Не
6	Губил съм съзнание, имал съм мигренозно главоболие, припадъци, инсулт, значителна травма на главата или страдам от трайно неврологично увреждане или заболяване.	☐ Да Отидете на поле D	☐ Не
7	Понастоящем се лекувам (или през последните пет години съм се нуждаел от лечение) от психологически проблеми, разстройство на личността, панически атаки или пристрастяване към наркотици или алкохол; или съм диагностициран с увреждане на способността за учене или развитие.	☐ Да Отидете на поле E	☐ Не
8	Имал съм проблеми с гърба, херния, язва или диабет.	☐ Да Отидете на поле F	☐ Не
9	Имал съм проблеми със стомаха или червата, включително скорошна диария.	☐ Да Отидете на поле G	☐ Не
10	Приемам лекарства по лекарско предписание (с изключение на противозачатъчни или антималарийни лекарства, различни от мефлокин (Лариам).	☐ Да *	☐ Не

Подпис на участника

Ако сте отговорили с НЕ на всички 10 въпроса по-горе, не се изисква медицинска оценка. Моля, прочетете и се съгласете с декларацията на участника по-долу, като я подпишете и датирате.

Декларация на участника: Отговорих честно на всички въпроси и разбирам, че поемам отговорност за всички последствия, произтичащи от неточни отговори на въпроси или от това, че не съм разкрил/а съществуващи или минали здравословни състояния.

Подпис на участника (или, ако е непълнолетен, се изисква подпис на родител/настойник на участника.

Дата (дд/мм/гггг)

Име на участника (отпечатано)

Дата на раждане

Име на инструктора (отпечатано)

Име на центъра (отпечатано)

*** Ако сте отговорили с ДА на въпроси 3, 5 или 10 по-горе ИЛИ на някой от въпросите на страница 2, моля, прочетете и се съгласете с декларацията по-горе като я подпишете и датирате, и занесете трите страници на този формуляр (Въпросник за участника и Формуляр за лекарска оценка) на Вашия лекар за медицинска оценка. Участието в курса по гмуркане изисква одобрението на Вашия лекар.**

Медицинска информация за водолази | Продължение на въпросника за участниците

Име на участника Дата на раждане

(Отпечатано) Дата (дд/мм/гггг)

ПОЛЕ A - ИМАМ/ИМАЛ/А СЪМ:

Операция на гръдния кош, сърдечна операция, операция на сърдечната клапа, имплантируемо медицинско устройство (напр. стент, пейсмейкър, невростимулатор), пневмоторакс и/или хронично белодробно заболяване.	☐ Да *	☐ Не
Астма, хрипове, тежки алергии, сенна хрема или запушени дихателни пътища през последните 12 месеца, които ограничават физичес ката ми активност/натоварване.	☐ Да *	☐ Не
Проблем или заболяване, свързано със сърцето ми, като: стенокардия, болка в гърдите при усилие, сърдечна недостатъчност, имерсионен белодробен оток, сърдечен удар или инсулт, ИЛИ приемам лекарства за някакво сърдечно заболяване.	☐ Да *	☐ Не
Рецидивиращ бронхит и кашлица през последните 12 месеца ИЛИ диагностициран емфизем.	☐ Да *	☐ Не
Симптоми, засягащи белите дробове, дишането, сърцето и/или кръвта ми през последните 30 дни, които влошават физическата или умствената ми работоспособност.	☐ Да *	☐ Не

ПОЛЕ B - АЗ СЪМ НА ВЪЗРАСТ НАД 45 ГОДИНИ И:

В момента пуша или вдишвам никотин по друг начин.	☐ Да *	☐ Не
Имам високо ниво на холестерол.	☐ Да *	☐ Не
Имам високо кръвно налягане.	☐ Да *	☐ Не
Имам близък роднина, който е починал внезапно или от сърдечно заболяване или инсулт преди 50-годишна възраст, ИЛИ имам фамилна анамнеза за сърдечно заболяване преди 50-годишна възраст (включително нарушения на сърдечния ритъм, коронарна болест или кардиомиопатия).	☐ Да *	☐ Не

ПОЛЕ C - ИМАМ/ИМАЛ/А СЪМ:

Операция на синусите през последните 6 месеца.	☐ Да *	☐ Не
Заболяване на ушите или операция на ушите, загуба на слуха или проблеми с равновесието.	☐ Да *	☐ Не
Повтарящ се синузит през последните 12 месеца.	☐ Да *	☐ Не
Операция на очите през последните 3 месеца.	☐ Да *	☐ Не

ПОЛЕ D - ИМАМ/ИМАЛ/А СЪМ:

Травма на главата със загуба на съзнание през последните 5 години.	☐ Да *	☐ Не
Трайно неврологично увреждане или заболяване.	☐ Да *	☐ Не
Повтарящи се мигренозни главоболия през последните 12 месеца или прием на лекарства за предотвратяването им.	☐ Да *	☐ Не
Загуба на съзнание или припадък (пълна/частична загуба на съзнание) през последните 5 години.	☐ Да *	☐ Не
Епилепсия, гърчове или конвулсии ИЛИ прием на лекарства за предотвратяването им.	☐ Да *	☐ Не

ПОЛЕ E - ИМАМ/ИМАЛ/А СЪМ:

Поведенчески, психически или психологически проблеми, изискващи медицинско/психиатрично лечение.	☐ Да *	☐ Не
Дълбока депресия, мисли за самоубийство, пристъпи на паника, неконтролирано биполярно разстройство, изискващо медикаментозно/психиатрично лечение.	☐ Да *	☐ Не
Диагноза за психично заболяване или разстройство в обучението/развитието, което изисква постоянни грижи или специални условия.	☐ Да *	☐ Не
Пристрастяване към наркотици или алкохол, изискващо лечение през последните 5 години.	☐ Да *	☐ Не

ПОЛЕ F - ИМАМ/ИМАЛ/А СЪМ:

Повтарящи се проблеми с гърба през последните 6 месеца, които ограничават ежедневната ми дейност.	☐ Да *	☐ Не
Операция на гърба или гръбначния стълб през последните 12 месеца.	☐ Да *	☐ Не
Диабет, контролиран с лекарства или диета, ИЛИ гестационен диабет през последните 12 месеца.	☐ Да *	☐ Не
Некоригирана херния, която ограничава физическите ми способности.	☐ Да *	☐ Не
Активни или нелекувани язви, проблемни рани или операция на язва през последните 6 месеца.	☐ Да *	☐ Не

ПОЛЕ G - ИМАЛ/А СЪМ:

операция на остомия и нямам медицинско разрешение да плувам или да се занимавам с физическа активност.	☐ Да *	☐ Не
Дехидратация, изискваща медицинска намеса през последните 7 дни.	☐ Да *	☐ Не
Активни или нелекувани стомашни или чревни язви или операция на язва през последните 6 месеца.	☐ Да *	☐ Не
Чести киселини в стомаха, регургитация или гастроезофагеална рефлуксна болест (ГЕРБ).	☐ Да *	☐ Не
Активен или неконтролиран улцерозен колит или болест на Крон.	☐ Да *	☐ Не
Бариатрична операция през последните 12 месеца.	☐ Да *	☐ Не

***Изисква се медицинска оценка от лекар (вж. страница 1).**

Медицинска информация за водолази | Формуляр за оценка от лекар

Име на участника

Дата на раждане

(отпечатано) Дата (дд/мм/гггг)

Горепосоченото лице иска Вашето мнение за медицинската му годност да участва в любителско водолазно гмуркане или фрийдайвинг обучение или дейност. Моля, посетете сайта uhms.org за медицински насоки относно медицинските състояния, свързани с гмуркането. Прегледайте областите, свързани с пациента, като част от Вашата оценка.

Резултат от оценката

☐ Одобрен(а) - Не намирам условия, които да считам за несъвместими с любителското водолазно гмуркане или фрийдайвинга.

☐ Неодобрен(а) - намирам условия, които считам за несъвместими с любителското водолазно гмуркане или фрийдайвинга.

Подпис на дипломиран лекар или друго законно сертифицирано медицинско лице

Дата (дд/мм/гггг)

Име на лекаря

(отпечатано)

Клинични степени/квалификации

Клиника/болница

Адрес

Телефон

Имейл

Печат на лекаря/клиниката (по избор)

Изготвено от Комитета за медицински преглед на водолази съвместно със следните органи:
Дружество за подводна и хипербарна медицина
DAN (САЩ)
DAN Европа
Отдел за хипербарна медицина, Калифорнийски университет, Сан Диего