

Medycyna nurkowa | Kwestionariusz uczestnika

Nurkowanie rekreacyjne i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving) wymagają dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego. Istnieje kilka stanów chorobowych, wymienionych poniżej, które mogą stanowić zagrożenie podczas nurkowania. Osoby, które mają którekolwiek z tych schorzeń, lub są do nich predysponowane, powinny przeprowadzić konsultację lekarską. Niniejszy kwestionariusz medyczny dla uczestników nurkowania stanowi podstawę do określenia, czy powinieneś zasięgnąć takiej oceny. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące swojej zdolności do nurkowania, które nie są przedstawione w tym formularzu, skonsultuj się z lekarzem przed nurkowaniem. Jeśli czujesz się źle, unikaj nurkowania. Jeśli uważasz, że możesz mieć chorobę zakaźną, chroń siebie i innych nie uczestnicząc w szkoleniach nurkowych i/lub zajęciach nurkowych. Odniesienia dotyczące "nurkowania" w niniejszym formularzu obejmują zarówno nurkowanie rekreacyjne jak i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving). Formularz ten jest przygotowany głównie jako wstępna ocena medyczna dla nurków rozpoczynających nurkowanie, ale jest również odpowiedni dla nurków podejmujących dalszą edukację. Dla bezpieczeństwa Twojego i innych osób, które mogą nurkować z Tobą, odpowiedz uczciwie na wszystkie pytania.

Wskazówki

Wypełnij ten kwestionariusz jako warunek wstępny do kursu nurkowania rekreacyjnego lub na wstrzymanym oddechu.

Uwaga dla kobiet: Jeśli jesteś w ciąży lub próbujesz zajść w ciążę, nie nurkuj.

| | | | |
|----|--|--|------------------------------|
| 1 | Miałam/em problemy z płucami/oddychaniem, sercem, krwią lub zdiagnozowano u mnie COVID-19. | Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola A | Nie <input type="checkbox"/> |
| 2 | Mam ponad 45 lat. | Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola B | Nie <input type="checkbox"/> |
| 3 | Mam trudności z wykonywaniem umiarkowanych ćwiczeń (np. przejście 1,6 km w ciągu 14 minut lub przepłynięcie 200 metrów bez odpoczynku), LUB nie byłem w stanie uczestniczyć w normalnym wysiłku fizycznym z powodu kondycji fizycznej lub stanu zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| 4 | Miałam/em problemy z oczami, uszami, przewodami nosowymi lub zatokami przynosowymi. | Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola C | Nie <input type="checkbox"/> |
| 5 | Miałam/em operację w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB mam ciągle problemy związane z wcześniejszymi operacjami. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| 6 | Straciłam/em przytomność, miałam/em migrenowe bóle głowy, napady drgawek, udar mózgu, istotny uraz głowy, lub cierpię na trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym. | Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola D | Nie <input type="checkbox"/> |
| 7 | Obecnie jestem leczona/y (lub wymagałam/em leczenia w ciągu ostatnich pięciu lat) z powodu problemów psychicznych, zaburzeń osobowości, ataków paniki, uzależnienia od narkotyków lub alkoholu, lub zostałam/em zdiagnozowana/y jako osoba z zaburzeniami uczenia się. | Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola E | Nie <input type="checkbox"/> |
| 8 | Miałam/em lub mam problemy z plecami, przepuklinę, owrzodzenia albo cukrzycę. | Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola F | Nie <input type="checkbox"/> |
| 9 | Miałam/em lub mam problemy żołądkowe lub jelitowe, w tym w ostatnim czasie biegunkę. | Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola G | Nie <input type="checkbox"/> |
| 10 | Przyjmuję leki przepisane przez lekarza na receptę (z wyjątkiem leków antykoncepcyjnych lub przeciwnadciśnieniowych innych niż meflochina (Lariam). | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |

Oświadczenie Uczestnika

Jeśli odpowiedziałeś/eś NIE na wszystkie 10 powyższych pytań, ocena lekarska nie jest wymagana. Prosimy o zapoznanie się i wyrażenie zgody na poniższe oświadczenie uczestnika poprzez podpisanie i datowanie go.

Oświadczenie Uczestnika: Odpowiedziałam/em na wszystkie pytania uczciwie i rozumiem, że przyjmuję odpowiedzialność za wszelkie konsekwencje wynikające z pytań, na które odpowiedziałam/em nieprecyzyjnie lub za nieujawnienie jakichkolwiek obecnych lub przeszłych stanów zdrowia.

Podpis Uczestnika (lub, w przypadku osoby niepełnoletniej, podpis rodzica/opiekuna)

Data (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko Uczestnika (drukowanymi literami)

Data urodzenia (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko Instruktora (drukowanymi literami)

Nazwa Centrum Nurkowego (drukowanymi literami)

* **Jeśli odpowiedziałeś/eś TAK** na pytania 3, 5 lub 10 powyżej **LUB** na którekolwiek z pytań na stronie 2, prosimy przeczytać i zaakceptować powyższe oświadczenie, podpisując je i datując **ORAZ zabrać wszystkie trzy strony tego formularza (Kwestionariusz Uczestnika i Formularz Oceny Medycznej) do lekarza** w celu dokonania oceny medycznej. Uczestnictwo w kursie nurkowym wymaga zgody lekarza.

Medycyna nurkowa | Kwestionariusz Uczestnika - kontynuacja

| POLE A – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM: | | |
|---|--------------------------------|------------------------------|
| Operację klatki piersiowej, operację serca, operację zastawek serca, założenie stentu lub odmě oplucnową (zapadnięte płuco). | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Astmę, świszczący oddech, nasilone alergie, katar sienny lub niedrożne drogi oddechowe, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, które ograniczały moją aktywność fizyczną / aktywność sportową. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Problem lub chorobę związaną z moim sercem, na przykład: dusznicę bolesną, ból w klatce piersiowej przy wysiłku, niewydolność serca, obrzęk płuc, zawał serca lub udar mózgu, LUB przyjmuję leki na jakąkolwiek chorobę serca. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Nawracające zapalenie oskrzeli i kaszel w ciągu ostatnich 12 miesięcy, LUB zdiagnozowaną rozedmę. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Zdiagnozowaną chorobę COVID-19. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| POLE B – MAM PONAD 45 LAT ORAZ: | | |
| Obecnie palę lub wdycham nikotynę w inny sposób. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Mam wysoki poziom cholesterolu. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Mam wysokie ciśnienie krwi. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Miałam/em bliskiego krewnego zmarłego nagle lub z powodu choroby serca lub udaru mózgu przed 50 rokiem życia, LUB mam w rodzinnym wywiadzie chorobę serca u osób przed 50 rokiem życia (w tym zaburzenia rytmu serca, chorobę wieńcową lub kardiomiopatię). | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| POLE C – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM: | | |
| Operację zatok w ciągu ostatnich 6 miesięcy. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z równowagą. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Powtarzające się zapalenie zatok w ciągu ostatnich 12 miesięcy. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Operację oka w ciągu ostatnich 3 miesięcy. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| POLE D – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM: | | |
| Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich 5 lat. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Powtarzające się migrenowe bóle głowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub przyjmuję leki, aby im zapobiec. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Utratę przytomności lub omdlenie (całkowita/częściowa utrata świadomości) w ciągu ostatnich 5 lat. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Padaczkę, napady padaczkowe lub drgawki, LUB przyjmuję leki, aby im zapobiec. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| POLE E – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM: | | |
| Problemy behawioralne, psychiczne lub psychologiczne wymagające leczenia medycznego/psychiatrycznego. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Poważną depresję, myśli samobójcze, ataki paniki, niekontrolowaną chorobę dwubiegunową wymagającą leczenia farmakologicznego/psychiatrycznego. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Zdiagnozowany stan zdrowia psychicznego lub zaburzenie uczenia się/rozwoju, który wymaga stałej opieki. | SI <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Uzależnienie od narkotyków lub alkoholu wymagające leczenia w ciągu ostatnich 5 lat. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| POLE F – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM: | | |
| Powtarzające się w ciągu ostatnich 6 miesięcy problemy z plecami, które ograniczają moją codzienną aktywność. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Operację pleców lub kręgosłupa w ciągu ostatnich 12 miesięcy. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Cukrzyca, zarówno kontrolowana przez leki, jak i przez dietę, LUB cukrzyca ciążowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Nieskorygowaną przepuklinę, która ogranicza moje możliwości fizyczne. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Aktywne lub nieleczone owrzodzenia, problematyczne rany lub chirurgiczne leczenie owrzodzeń w ciągu ostatnich 6 miesięcy. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| POLE G – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM: | | |
| Operację stomii i nie mam zezwolenia lekarskiego na pływanie lub angażowanie się w aktywność fizyczną, ca per nuotare o praticare attività fisica. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Odwodnienie wymagające interwencji medycznej w ciągu ostatnich 7 dni. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Aktywne lub nieleczone wrzody żołądka lub jelita lub chirurgiczne leczenie wrzodów przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Częstą zgagę, regurgitację lub refluks żołądkowo-przełykowy (GERD). | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Aktywne lub niekontrolowane wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |
| Operację bariatryczną w ciągu ostatnich 12 miesięcy. | Tak <input type="checkbox"/> * | Nie <input type="checkbox"/> |

Medycyna nurkowa | Formularz oceny medycznej

Imię i nazwisko Uczestnika

Data urodzenia

(drukowanymi literami)

Data (dd/mm/yyyy)

Wyżej wymieniona osoba zwraca się z prośbą o wyrażenie opinii na temat swojej zdolności medycznej do uczestnictwa w nurkowaniu rekreacyjnym, szkoleniu lub aktywności freedivingowej. Proszę odwiedzić stronę uhms.org po wskazówki medyczne dotyczące warunków medycznych związanych z nurkowaniem. Zapoznaj się z obszarami istotnymi dla Twojego pacjenta w ramach przeprowadzanej oceny.

Wynik oceny medycznej:

- Zgoda - nie znajduję jakichkolwiek przesłanek, które byłyby przeciwskazaniem do nurkowania rekreacyjnego lub freediving'u.
- Brak zgody - stwierdzam istnienie przesłanek, które są przeciwskazaniem do nurkowania rekreacyjnego lub freediving'u.

Podpis Lekarza

Data (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko Lekarza

Specjalizacja

(drukowanymi literami)

Przychodnia/Szpital

Adres

Telefona

Email

Pieczęć Lekarza/Przychodni/Szpitala (opcjonalnie)

Opracowanie: [Diver Medical Screen Committee](#) we współpracy z:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego