

DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DAS PRÁTICAS PADRÃO DE SEGURANÇA DE MERGULHO **PORT**

Esta é uma declaração na qual você é informado sobre as práticas para mergulho seguro estabelecidas para o mergulho autônomo e o mergulho livre. Essas práticas foram compiladas para que você as possa examinar e reconhecer e visam aumentar o seu nível de conforto e segurança ao mergulhar. A sua assinatura nessa declaração é obrigatória como prova de que você está ciente dessas práticas para mergulho seguro. Leia e discuta esta declaração antes de assiná-la. Se você for menor de idade, este formulário também precisa ser assinado por um dos seus pais ou tutor.

Eu, _____, compreendo que, como mergulhador, devo:

(Escrever o nome em letra de fôrma)

1. Manter boa forma mental e física para mergulhar. Evitar ficar sob a influência de álcool ou drogas perigosas ao mergulhar. Manter minhas habilidades de mergulho atualizadas, empenhando-me em aperfeiçoá-las por meio de educação contínua e praticando-as em condições controladas após um período de inatividade de mergulho.
2. Familiarizar-me com os locais de mergulho selecionados, ou obter uma orientação de mergulho formal de uma fonte local experiente. Se as condições de mergulho forem piores do que as condições com as quais tenho experiência, adiar o mergulho ou selecionar um local alternativo com melhores condições. Participar somente em atividades de mergulho condizentes com meu treinamento e experiência. Não realizar mergulhos em cavernas a não ser que seja especificamente treinado para fazê-lo.
3. Utilizar equipamentos completos, bem mantidos e confiáveis com os quais estou familiarizado, e inspecioná-los quanto ao ajuste e funcionamento corretos antes de cada mergulho. Negar o uso do meu equipamento a mergulhadores não certificados. Sempre ter um colete equilibrador (CE/BCD) e um manômetro submersível ao praticar o mergulho autônomo. Reconhecer a utilidade e a necessidade de uma fonte alternativa de ar e de um sistema de inflagem de baixa pressão para controle da flutuabilidade.
4. Ouvir atentamente aos briefings e instruções de mergulho e respeitar as instruções das pessoas supervisionando minhas atividades de mergulho.
5. Utilizar o sistema de duplas durante todos os mergulhos. Planejar os mergulhos com minha dupla. Isto inclui procedimentos de comunicação, de reunificação em caso de separação e de emergência.
6. Saber utilizar tabelas de mergulho. Fazer de todos os mergulhos mergulhos não-descompressivos e manter uma margem de segurança. Ter uma maneira de monitorar a profundidade e o tempo sob a água. Limitar a profundidade máxima de acordo com o meu nível de treinamento e experiência. Subir a uma velocidade menor que 18 metros/60 pés por minuto.
7. Manter a flutuabilidade correta. Ajustar o lastreamento na superfície para obter flutuabilidade neutra sem ar no meu colete equilibrador (CE/BCD). Manter flutuabilidade neutra embaixo d'água. Ter flutuabilidade para nadar pela superfície e descansar. Posicionar os lastros sem obstrução para fácil remoção e estabelecer flutuabilidade quando tiver problemas durante o mergulho.
8. Respirar corretamente para mergulhar. Nunca prender a respiração nem pausar a respiração quando respirar ar comprimido, e evitar hiperventilação excessiva ao praticar o mergulho livre. Evitar a exaustão enquanto estiver na água e submerso, e mergulhar dentro dos meus limites.
9. Utilizar uma embarcação, bóia ou outro apoio de superfície estacionário sempre que possível.
10. Conhecer e obedecer as leis e os regulamentos locais de mergulho, inclusive as leis que regulamentam a caça, a pesca e as bandeiras de mergulho.

Li as afirmações acima e providenciei para que todas as minhas dúvidas fossem esclarecidas de maneira satisfatória. Compreendo a importância e os objetivos dessas práticas estabelecidas. Reconheço que elas foram criadas para a minha própria segurança e bem-estar, e que o não cumprimento delas pode colocar-me em perigo ao mergulhar.

Declaração de Riscos e Responsabilidade

Eu (nome do participante), _____, afirmo por este meio que estou consciente que o mergulho em apneia e com garrafa tem riscos inerentes que podem resultar em lesões graves ou morte. Eu afirmo que li e compreendi as Práticas Seguras de Mergulho e tive todas as questões respondidas de forma satisfatória. Eu compreendo a importância e a finalidade destas práticas estabelecidas. Reconheço que são para a minha segurança e bem-estar, e que a falha em aderir a elas me pode colocar em perigo quando mergulho. Compreendo que o mergulho com ar comprimido envolve certos riscos inerentes; doença de descompressão, embolia ou outra lesão hiperbárica pode ocorrer que requeira tratamento numa câmara de descompressão. Adicionalmente compreendo que este programa pode ser conduzido num local remoto, seja por tempo ou por distância ou ambos, de mencionada câmara de descompressão. Ainda assim, apesar da ausência de uma câmara de descompressão na proximidade do local de mergulho, eu escolho continuar com este programa. A informação que forneci sobre a minha história médica no Questionário Médico é correcto de acordo com o meu melhor conhecimento. Concordo em aceitar a responsabilidade por omissões com respeito à minha falha em revelar qualquer condição de saúde existente ou passada. Eu adicionalmente compreendo que o mergulho em apneia ou com garrafa são actividades fisicamente extenuantes e que vou colocar-me sob esforço durante este programa. Mais declaro que tenho idade legal e sou legalmente competente para assinar esta Declaração de Riscos e Responsabilidade, ou que obtive o consentimento escrito de um dos meus pais ou encarregado de educação. Compreendo e concordo que nenhum dos profissionais de mergulho que conduzem este programa, nem a instalação através da qual este programa é conduzido, Liamis Dive Centre – M/V “APOLLON”, nem a PADI Europe AG, nem PADI International Ltd., nem a PADI Americas, Inc., nem as suas empresas afiliadas ou subsidiárias, nem os seus respectivos empregados, gestores, agentes ou semelhantes (adiante designados por “Partes Libertas”) aceitam qualquer responsabilidade por qualquer morte, lesão ou outra perda sofrida ou causada por mim ou resultante da minha própria conduta ou qualquer assunto ou condição sobre o meu controlo que contribua para a minha própria causa de negligência. Na ausência de qualquer negligência ou outra quebra de dever pelos profissionais de mergulho na condução deste programa, a instalação através da qual este programa é conduzido, Liamis Dive Centre – M/V “APOLLON”, a PADI Europe AG, nem PADI International Ltd., nem a PADI Americas, Inc., e todas as entidades libertas e partes libertas como definido acima, a minha participação neste programa de mergulho é inteiramente ao meu próprio risco. Eu informei-me completamente dos conteúdos desta Declaração de Riscos e Responsabilidade através da sua leitura antes de a assinar.

Date _____

Dia/Mês/Ano

Assinatura do Participante

Assinatura do Pai ou Mãe/Encarregado de Educação
(quando aplicável)

Histórico médico

Ao participante:

O objetivo deste questionário médico é determinar se você deve ser examinado por um médico antes de participar em treinamento para certificação como mergulhador recreativo. Uma resposta positiva a uma pergunta não significa que você esteja desqualificado para mergulhar. Uma resposta positiva indica a existência de uma condição pré-existente que pode afetar a sua segurança durante um mergulho e a necessidade de uma consulta médica antes de envolver-se em atividades de mergulho. Por favor, responda as seguintes perguntas sobre o seu histórico médico passado ou presente com um **SIM** ou **NÃO**. Se você não tiver certeza, responda **SIM**. Caso qualquer uma destas situações seja aplicável a você, solicitamos que consulte um médico antes de participar em mergulhos autônomos. O seu instrutor lhe fornecerá uma Declaração Médica da RSTC e as Diretrizes para o Exame Físico de Mergulhador Autônomo Recreativo para serem apresentadas ao seu médico.

_____ É possível que você esteja grávida, ou você está tentando ficar grávida?

_____ Você está tomando atualmente medicamentos receitados por um médico? (com exceção de anticoncepcionais e medicamentos contra malária)

_____ Você tem mais de 45 anos de idade e apresenta uma ou mais das seguintes características?

- atualmente fuma cachimbo, charutos ou cigarros
- pertence a uma família com histórico de ataques cardíacos ou derrames
- está atualmente recebendo cuidados médicos
- diabetes melito, mesmo se controlada exclusivamente por dieta
- tem um alto nível de colesterol
- alta pressão sanguínea

Você já teve ou tem atualmente...

_____ Asma, respiração ofegante ou respiração ofegante ao exercitar-se?

_____ Ataques alérgicos ou de febre do feno freqüentes ou severos?

_____ Resfriados freqüentes, sinusite ou bronquite?

_____ Qualquer forma de doença pulmonar?

_____ Pneumotórax (colapso pulmonar)?

_____ Outro tipo de doença ou cirurgia no tórax?

_____ Problemas comportamentais, mentais ou psicológicos (ataque de pânico, claustrofobia ou agorafobia)?

_____ Epilepsia, convulsões ou toma medicamentos preventivos?

_____ Enxaquecas contínuas ou toma medicamentos preventivos?

_____ Histórico de síncope ou desmaios (perda total ou parcial de consciência)?

_____ Você fica freqüentemente enjoado (em automóveis ou barcos)?

_____ Desintéria ou desidratação que requeira intervenção médica?

_____ Qualquer acidente de mergulho ou doença descompressiva?

_____ Incapacidade de fazer exercícios moderados (por ex.: caminhar 1,6 quilômetros em 12 minutos)?

_____ Lesão cranial com perda de consciência nos últimos cinco anos?

_____ Problemas recorrentes nas costas? _____ Cirurgia dorsal ou na coluna?

_____ Diabetes?

_____ Problemas nas costas, nos braços ou nas pernas após uma cirurgia, lesão ou fratura?

_____ Pressão alta ou toma medicamentos para controlar a pressão?

_____ Doença cardíaca? _____ Ataque cardíaco?

_____ Angina, cirurgia cardíaca ou cirurgia nos vasos sanguíneos?

_____ Cirurgia no seio paranasal?

_____ Doença ou cirurgia nos ouvidos, perda de audição ou problemas com equilíbrio?

_____ Problemas recorrentes nos ouvidos?

_____ Hemorragias ou outros distúrbios sanguíneos? _____ Hérnia?

_____ Úlceras ou cirurgia de úlceras? _____ Colostomia ou ileostomia?

_____ Uso ou tratamento de uso de drogas ou alcoolismo nos últimos cinco anos?

Ao que me é dado saber, as informações por mim fornecidas sobre o meu histórico médico são corretas. Concordo em me responsabilizar por omissões devidas à minha não divulgação de qualquer condição de saúde atual ou passada.

Date _____
Dia/Mês/Ano Assinatura do Participante Assinatura do Pai ou Mãe/Encarregado de Educação
(quando aplicável)

Favor imprimir com nitidez.

Nome completo _____

Data de nascimento _____ Idade _____ Sexo Masculino Feminino
Dia/Mês/Ano

Endereço postal _____

Cidade _____ Estado/Província _____

País _____ CEP/Código postal _____

HOTEL _____ Room number _____

Dia da partida _____