



UNDERSEA &
HYPERBARIC
MEDICAL SOCIETY

OŚWIADCZENIE MEDYCZNE

Informacje Uczestnika (Dane Poufne)

Przeczytaj dokładnie przed podpisaniem.

Poniższe oświadczenie informuje o potencjalnym ryzyku związanym z nurkowaniem ze sprzętem powietrznym i postępowaniu podczas kursu. Twój podpis na tym oświadczeniu jest wymagany, żeby wziąć udział w szkoleniu oferowanym przez

_____ oraz
Instruktora

_____ Firmę
zlokalizowaną w _____

Przeczytaj poniższe oświadczenie przed podpisaniem. Musisz wypełnić to oświadczenie, włączając w to kwestionariusz medyczny, aby móc uczestniczyć w szkoleniu nurkowym. Jeżeli jesteś niepełnoletni to oświadczenie muszą podpisać również rodzice lub opiekunowie.

Nurkowanie to sport ekscytujący i wymagający. Jeżeli stosuje się prawidłowe techniki jest on relatywnie bezpieczny. Postępowanie niezgodne

z przyjętymi procedurami zwiększa ryzyko.

Abymurkować bezpiecznie należy być w dobrej kondycji i nie mieć nadwagi.

Nurkowanie może być wyczerpujące w pewnych warunkach. System krążenia oraz system oddechowy muszą być w dobrym stanie. Przestrzenie powietrzne takie jak zatoki i ucho środkowe muszą być zdrowe. Nie powinny nurkować osoby cierpiące na choroby serca, mające katar lub choroby infekcyjne dróg oddechowych, padaczkę oraz inne poważne schorzenia lub będące pod wpływem alkoholu czy narkotyków. Jeżeli masz astmę, chorobę serca lub inne przewlekłe schorzenia lub jeśli regularnie bierzesz leki, zasięgnij porady lekarza i instruktora przed przystąpieniem do szkolenia. Instruktor zaznajomi Cię z ważnymi zasadami związanymi z odpowiednim oddychaniem i wyrównywaniem ciśnienia podczas nurkowania. Niewłaściwe używanie sprzętu może spowodować poważne obrażenia. Musisz zostać przeszkolony pod nadzorem uprawnionego instruktora jak bezpiecznie używać tego sprzętu.

Jeżeli masz dodatkowe pytania dotyczące Oświadczenia Medycznego, omów je z twoim instruktorem przed podpisaniem tego dokumentu.

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY NURKA

Do uczestnika:

Celem tej ankiety jest ustalenie czy uczestnik powinien być przebadany przed przystąpieniem do kursu rekreacyjnego nurkowania. Pozytywne odpowiedzi nie muszą oznaczać dyskwalifikacji z nurkowania. Twierdząca odpowiedź oznacza, że występują okoliczności, które mogą wpływać na Twoje bezpieczeństwo podczas nurkowania i musisz poradzić się lekarza.

Proszę odpowiedzieć **TAK** lub **NIE** na pytania dotyczące dawnych lub

___ Czy jesteś lub zamierzasz zająć w ciągu najbliższego czasu?

___ Czy regularnie bierzesz leki na receptę lub bez recepty?

(nie dotyczy środków antykoncepcyjnych oraz prewencji przeciwko malarii)

___ Masz już ponad 45 lat i jednocześnie możesz odpowiedzieć TAK na jedno lub więcej z poniższych:

- palisz fajkę, cygara lub papierosy
- masz wysoki poziom cholesterolu
- ktoś w rodzinie choruje na serce lub miał zawał serca
- znajdujesz się pod opieką lekarza
- masz podwyższone ciśnienie krwi
- masz problemy cukrzycowe, też te kontrolowane przez samą dietę

Czy kiedykolwiek miałeś lub masz obecnie . . .

___ Astmę, problemy podczas oddychania lub podczas ćwiczeń?

___ Częste i ciężkie ataki kataru siennego lub innej alergii?

___ Częste przeziębienia, zapalenie zatok lub bronchit?

___ Choroby płuc?

___ Odmę opłucnową?

___ Inne choroby lub operacje klatki piersiowej?

___ Problemy ze zdrowiem psychicznym (Ataki paniki, lęk przed zamkniętą lub otwartą przestrzenią)?

___ Epilepsję, ataki, konwulsje lub zażywałeś leki, aby im zapobiegać?

___ Nawracającą migrenę lub zażywałeś leki, aby jej zapobiegać?

___ Omdlenia i utratę przytomności (częściowe lub całkowite)?

___ Często lub okresowo cierpisz na chorobę lokomocyjną (morską lub podczas jazdy samochodem)?

aktualnych problemów. Jeżeli nie jesteś pewien co odpowiedzieć, odpowiedź **TAK**. Jeżeli którykolwiek z wymienionych poniżej przypadków dotyczy Ciebie, musisz zasięgnąć porady lekarza przed przystąpieniem do szkolenia nurkowego. Od swojego instruktora dostaniesz komplet specjalnych wytycznych PADI dotyczących badań medycznych związanych z rekreacyjnym nurkowaniem, które weźmiesz ze sobą na wizytę u lekarza.

___ Czerwonkę lub odwodnienie wymagające interwencji lekarza?

___ Czy miałeś wypadek nurkowy, chorobę dekompresyjną?

___ Problemy z kręgosłupem w przeszłości?

___ Niezdolność do umiarkowanych ćwiczeń? (spacer 1,6 km w 12 minut)

___ Miałeś wypadek z utratą przytomności w ciągu ostatnich pięciu lat?

___ Stałe problemy z kręgosłupem?

___ Operację związaną z kręgosłupem?

___ Cukrzycę?

___ Problemy z kręgosłupem, ramionami lub nogami – operacje, złamania, zwichnięcia?

___ Nadciśnienie lub zażywałeś leki, aby mu zapobiegać?

___ Choroby serca?

___ Zawał serca?

___ Dusznicę bolesną, operację serca, naczyń krwionośnych?

___ Operację zatok?

___ Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z utrzymaniem równowagi?

___ Częste problemy z uszami?

___ Krwawienia lub inne choroby krwi?

___ Przepuklinę?

___ Wrzody lub operacje wrzodów?

___ Kolostomię (przetokę chirurgiczną)?

___ Czy nadużywałeś w ciągu ostatnich 5 lat lub nadużywałeś alkoholu lub narkotyków?

Podane przeze mnie informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą. Wyrażam zgodę na przejęcie odpowiedzialności za przeoczenie przeze mnie jakichkolwiek byłych lub obecnych warunków medycznych.

_____ Imię i Nazwisko oraz podpis uczestnika

_____ Data

_____ Podpis rodziców lub opiekuna

_____ Data

KURSANT**Proszę wypełnić czytelnie.**

Nazwisko _____ Data urodzin _____ Wiek _____
Imię Inicjał Nazwisko Dzień/Miesiąc/Rok

Adres do korespondencji _____

Miasto _____ Województwo _____

Kraj _____ Kod pocztowy _____

Telefon domowy () _____ Telefon do pracy () _____

Email _____ FAX () _____

Nazwisko i adres lekarza rodzinnego lub lekarza pierwszego kontaktu

Lekarz _____ Szpital _____

Adres _____

Data ostatniego badania _____

Nazwisko badającego _____ Szpital _____

Adres _____

Telefon () _____ Email _____

Czy kiedykolwiek potrzebowałeś pomocy lekarza podczas nurkowania?

 Tak Nie Jeśli tak, to kiedy? _____
LEKARZ

Ta osoba jest kandydatem na kurs nurkowania rekreacyjnego lub jest certyfikowanym nurkiem (nurkowanie z użyciem sprzętu powietrznego). Proszę o podanie opinii o kandydacie. Załączone są wytyczne PADI dotyczące badania medycznego nurków.

Opinia lekarza Brak przeciwwskazań do nurkowania. Ta osoba nie powinna nurkować.

Uwagi _____

_____ Data _____

Podpis lekarza

(dzień/miesiąc/rok)

Lekarz _____ Szpital _____

Adres _____

Telefon () _____ Email _____